

Epidemiología de la IVC. analisis de las indicaciones quirurgicas. Cuestionario IVC.

Martin Martin, JM; Cañizares Díaz, I; Leandro Vierira, A; Gómez Uncu, Y; Docobo Duranterz, F;

Hospital Blanca Paloma. Huelva

La IVC se trata de una enfermedad crónica de origen multifactorial, teniendo una evolución generalmente lenta y las complicaciones frecuentemente se manifiestan cuando han transcurridos años e incluso décadas desde la aparición de los primeros síntomas. Se estima que la prevalencia de la IVC en la población general es alrededor de 50,5% en mujeres y de 30% en hombres (11). Es la enfermedad vascular más frecuente, afectando del 20 al 30% de la población adulta y al 50% de los mayores de 50 años, constituyendo un problema de salud pública con importantes implicaciones socioeconómicas y laborales.

Los pacientes con IVC sufren demora, para ser visto por atención especializada, superior a los 18 meses en nuestra provincia., y algo similar ocurre en todo el territorio nacional.

En nuestra unidad de flebología hemos diseñado un cuestionario específico para IVC y lo hemos sometido a un estudio

prospectivo para determinar su especificidad y fiabilidad para seleccionar aquellos pacientes con indicación quirúrgica.

Aportamos los resultados del estudio preliminar con los primeros 100 pacientes.

Ligadura subfascial endoscopica de perforantes. ¿Sólo en estadios 5 y 6 de la CEAP?

Cañizares Díaz, I; Delfin Salazar, E; Gómez Uncu, Y

Hospital Blanca Paloma. Huelva

La ligadura subfascial endoscopica de venas perforantes ha demostrado suficientemente su efectividad en el tratamiento de las úlceras venosas a corto plazo.

Las series internacionales describen esta técnica en pacientes con úlceras activas o con antecedentes de ella.

Nuestro grupo de trabajo propone este procedimiento siempre que se demuestre por ecodoppler venoso la presencia de venas perforantes insuficientes.

Presentamos nuestra experiencia con esta técnica quirúrgica a lo largo de los últimos 10 años.

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Leiomioma retroperitoneal

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibañez, Elena Yague Martin, Francisco Quirantes Contreras, Guillermo Verdejo Lucas

CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: Es un tumor maligno de células de músculo liso que puede aparecer en cualquier parte del organismo en la que exista este tipo de tejido. Las localizaciones más frecuentes incluyen útero, tracto gastrointestinal y grandes vasos.

Son tumores infrecuentes, representan menos del 0,2% de todas las tumoraciones del organismo y un 25-30% de los sarcomas retroperitoneales.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedentes de Enfermedad de Crohn, que consulta por dolor en la región lumbar derecha de 2 años de evolución. En la exploración física el abdomen es doloroso en hemiabdomen derecho, se palpa masa en flanco derecho no dolorosa a la palpación. Ingresa en el Servicio de Urología para estudio de masa retroperitoneal. Se realizó RMN con contraste, se observó masa en fosa renal derecha de gran tamaño (20x19cm) con ocupación de espacio pararenal anterior desplazando y comprimiendo vena cava inferior, desplazando riñón derecho, no hay evidencias de adenopatías retroperitoneales asociadas. Se realizó biopsia ecodirigida que informó leiomioma grado II. No se pudo realizar la resección total del tumor porque se encontraba íntimamente adherido a la vena cava inferior. El paciente evolu-

cionó de forma desfavorable y después de 24 horas falleció en reanimación por tromboembolismo pulmonar.

Discusión: La mayoría de los leiomiomas se originan en la pared libre de las arterias y venas de diferente calibre, frecuentemente de la vena cava inferior. Los procedentes de esta localización muestran uno de los peores pronósticos respecto al de otras localizaciones con similar histología, debido a la confluencia de otros factores pronósticos negativos. Generalmente, el diagnóstico de los sarcomas retroperitoneales es tardío debido a la capacidad del retroperitoneo de acomodar grandes volúmenes de masa tumoral, dando la oportunidad al tumor de ir creciendo sin limitación de espacio. Además, estos tumores muestran escasa sintomatología siendo el dolor abdominal inespecífico y difuso el síntoma más frecuente. La ecografía y el TAC son las técnicas más utilizadas y adecuadas para la localización y seguimiento de masas tumorales, aunque el diagnóstico final siempre se obtiene después del examen histológico. El pronóstico inicial dependerá de la edad del paciente, del tamaño tumoral y de la presencia de metástasis a distancia, y en menor medida del grado tumoral y de su histología. El tratamiento óptimo es la completa escisión quirúrgica con amplios márgenes quirúrgicos. En ocasiones la cirugía se ve dificultada por el compromiso tumoral sobre estructuras adyacentes. El papel de la radioterapia y de la quimioterapia en el tratamiento del leiomioma retroperitoneal es una alternativa a considerar, aunque sí se ha mostrado eficaz en determinadas localizaciones del leiomioma.

Doble histiocitoma fibroso maligno pleomórfico retroperitoneal

Alba Valmorisco, M.; Bazán Hinojo, M. C.; Pérez Gomar, D.; Bengoechea Trujillo, A.; López Zurera, M.; Mayo Ossorio, M. A.; Pacheco García, J.M.; Gil Olarte Pérez, A.; Vázquez Gallego, J.M

Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Cádiz

Introducción: El histiocitoma fibroso maligno es un tumor infrecuente de los tejidos blandos, que constituye aproximadamente el 3-4% de los sarcomas de partes blandas. El sarcoma de localización retroperitoneal constituye cerca del 40 % de todos los tumores retroperitoneales y de ellos cerca del 5% son histiocitoma fibroso maligno. Presentamos el caso de un doble histiocitoma fibroso maligno de localización retroperitoneal.

Caso clínico: Paciente mujer de 59 años con antecedente de Enfermedad de Hodgkin, realizándole esplenectomía en 1975, ingresa en el servicio de Medicina Interna por fiebre alta acompañado de sudoración continua y dolor en vacío izquierdo, sensación de cansancio y pérdida de 3 kg de peso.

A la exploración: abdomen blando, depresible con masa que ocupa hipocondrio y vacío izquierdo.

Estudios complementarios: Ecografía abdominal: esplenectomía. Quistes simple hepático y renal derecho. Nefrolitiasis renal izquierda. A nivel de hipo y mesogastrio varias imágenes de ecogenicidad heterogénea con necosis en su interior y de gran tamaño.

TAC abdominal: 2 masas mesentéricas de diámetro respectivo de 9,3x8,5x9,8 y 8,7x6x7,8 cm situadas en hipocondrio izquierdo y mesogastrio. Ambas están en contacto y bien delimitadas, la de mayor tamaño se continúa con la pared gástrica a nivel del cuerpo gástrico. La masa de menor tamaño produce un atrapamiento del colon transverso.

Microbiopsia ecodirigida: sugestiva de sarcoma pero sin diagnóstico definitivo. Poca posibilidad de ser linfoma y GIST.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente se realizó una incisión subcostal izquierda. Se identifican las dos tumoraciones aisladas entre sí, la más craneal bien delimitada y separada del estomago y la caudal englobando el colon transverso. Se practica extirpación total de las 2 lesiones incluyendo una colectomía transversa. Linfadenectomía retroperitoneal completa y anastomosis colocolónica término terminal.

El resultado anatomopatológico demuestra la presencia de histiocitoma fibroso maligno pleomórfico de ambas tumoraciones.

Discusión: Como en nuestro caso la mayor incidencia del histiocitoma fibroso maligno se produce en la década de los 50-60 años.

Existen 5 variantes histológicas de histiocitoma fibroso maligno: pleomórfico (65%), mixoide (15%), de células gigantes (10%), inflamatorio (8%) y angiomatoso (2%).

El modelo de presentación suele ser el de masa palpable, aunque una característica común de todas las neoplasias retroperitoneales es el diagnóstico tardío y ya en fase avanzada al pasar desapercibidas o iniciarse con una sintomatología menos específica.

La profundidad y tamaño del tumor son factores relacionados con la aparición de metástasis más que con la frecuencia de recidiva local. La diseminación hematogénea suele ser rápida a pulmón, hígado o hueso, no así la diseminación linfática.

La supervivencia a los 5 años después de cirugía radical asociada a otra terapia adyuvante oscila entorno al 40-70%. La recidiva local se presenta en un máximo del 60% y las metástasis a distancia, sobre todo pulmonar, se presentan en un 30% de los casos.

Ganglioneuroma retroperitoneal

Becerra Ortiz RM, Ruiz López M, Mera Velasco S, González Poveda I, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, García Albiach B, Prieto-Puga Arjona T, Santoyo Santoyo J
Hospital Residencial Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: El ganglioneuroma es un tumor originado en el sistema nervioso simpático, derivado de las células de la cresta neural. Forma parte de los tumores neuroblásticos; éstos se clasifican en neuroblastomas, ganglioneuroblastomas y ganglioneuromas, según el grado de diferenciación celular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 46 años, con antecedentes de VHC. De forma incidental en una TC de abdomen, se le diagnostica una masa intraabdominal de aspecto quístico de 5,5 x 5,6 cm. El paciente se encontraba asintomático en el momento del diagnóstico.

Se interviene quirúrgicamente, encontrando una masa de 8 cm de tamaño, localizada sobre la bifurcación aortoiliaca. Se realizó una resección tumoral completa, mediante abordaje laparotómico. El resultado anatomopatológico fue de ganglioneuroma retroperitoneal.

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones, recibiendo el alta hospitalaria 4 días después.

Conclusiones: El grupo de los ganglioneuromas es el más diferenciado y por tanto el de mejor pronóstico, dentro de los tumores neuroblásticos.

La edad de presentación más frecuente va de los 10 a los 40 años. Generalmente son asintomáticos, y cuando dan síntomas son sobre todo derivados del crecimiento tumoral. El síntoma de presentación más frecuente es el dolor. A menudo son productores de hormonas pero raramente dan síntomas derivados de ello. Habitualmente se diagnostican de manera incidental.

La mitad de ellos se localizan en el retroperitoneo, de los cuales aproximadamente el 50% dependen de la glándula suprarrenal. La segunda localización en frecuencia es el mediastino, seguido de la pelvis y el cuello.

Son tumores generalmente benignos, que raramente metastatizan por vía hematogénea o linfática.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, teniendo buena evolución, cuando se realiza la resección completa del tumor. Debido al riesgo de recurrencia local es necesario el seguimiento posterior.

Masa retroperitoneal gigante. Fibrohistiocitoma pleomórfico maligno

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Marcos Alba Valmorisco, M^a del Carmen Bazan Hinojo, Daniel Pérez de Gomar, Manolo López Zurera, Antonio Gil Olarte Pérez, José Manuel Vázquez Gallego
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El Fibrohistiocitoma pleomórfico Maligno, es el sarcoma más frecuente de tejido blando en el adulto. El pico de incidencia es en la séptima década de la vida. La localización es en el músculo esquelético de extremidades. Los tumores retroperitoneales primitivos son poco frecuentes (< 1% de todas las neoplasias), cursan con síntomas inespecíficos y tardíos, el diagnóstico se basa en su gran tamaño y en la invasión de órganos vecinos. La cirugía no siempre es completa, y la supervivencia a 5 años es del 14- 20%. Presentamos un caso de un Fibrohistiocitoma pleomórfico maligno gigante.

Caso Clínico: Paciente de 68 años, remitido desde otro centro con por clínica de anemia, gran masa abdominal izquierda, astenia y anorexia de 6 meses de evolución, así como pérdida de peso de 10kg sin alteración del hábito intestinal. Antecedentes personales de extirpación de Carcinoma basocelular ocular izquierdo y herniorrafia inguinal izquierda. Exploración Física: Buen estado general. Palidez cutáneo-mucosa. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: gran masa dura y fija que ocupa hemiabdomen izquierdo, no dolorosa a la palpación. Exploraciones complementarias: Ecografía abdominal: gran masa heterogénea que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo. Quiste renal derecho. No LOES hepatoesplénicas. TAC Abdominal: Gran masa que se extiende desde hemidiafragma izquierdo hasta pelvis menor, desplazando las vísceras intraabdominales hacia delante. Radiología de Tórax: elongación aórtica y cardiomegalia. Intervención: Se realiza incisión subcostal bilateral ampliada, apreciándose gran masa retroperitoneal izquierda. La masa adhiere diafragma izquierdo, fundus gástrico y bazo. Se realiza resección de la tumoración incluyendo bazo y fundus gástrico. El resultado Anatomopatológico fue de Fibrohistiocitoma maligno estoriforme-pleomórfico negativo para S100 y positivo CD68 con alto índice de proliferación. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: La primera descripción de FHM fue en 1964 por OmBrien y Stout. La histogénesis es controvertida, se cree que se origina a partir del histiocito o de la célula mesenquimatoso primitiva. El diagnóstico en el caso de los tumores retroperitoneales es tardío ya que puede pasar desapercibido mucho tiempo, manifestándose como masa abdominal o con fiebre de origen desconocido, que en el 25% puede ser debida al tumor. El método diagnóstico de imagen mas sensible y específico es la TAC. El único tratamiento con posibilidades curativas es el quirúrgico y se basa en la resección completa del tumor. Esto implica que en ocasiones sea necesario la extirpación de órganos y estructuras adyacentes que han sido infiltradas por el tumor. Tiene una supervivencia del alrededor del 60% a los 2 años y del 14% a los 5 años. La recurrencia local se sitúa alrededor del 51% aún con escisión completa. Otros tratamientos alternativos a la cirugía, como la radioterapia y la

quimioterapia, continúan siendo objeto de controversia aunque no parecen aumentar la supervivencia local. Por encima de 65 años la tasa de supervivencia disminuye significativamente con la edad. En el caso de nuestro paciente el diagnóstico fue tardío manifestándose como gran masa abdominal y el tratamiento quirúrgico fue la resección tumoral completa incluyendo las vísceras afectadas. La cirugía puede considerarse la única opción válida con intención curativa y otros tratamientos sólo son adyuvantes o paliativos.

Neurofibroma retroperitoneal

J Jorge, Paz A, Álvarez MJ, G-Navarro A, Segura M, González F, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Presentar un caso de una tumoración retroperitoneal de origen neural.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de DM, HTA, histerectomizada por miomatosis uterina. Historia de molestias abdominales inespecíficas de 5 meses de evolución. Una TAC informó de tumoración de 6x5cm, situado en espacio retroperitoneal en bifurcación de arteria iliaca común derecha (figura 1). El PET-TAC mostró hipercaptación de 18FDG, con un SUV máximo de 6,6. Se intervino mediante laparotomía. Tras adhesiolisis inicial, se evidenció la lesión, que producía compresión arteria iliaca común derecha y contactaba desplazando lateralmente al nervio Crural. Se realizó la extirpación en bloque (figura 2) respetando la integridad del paquete vasculo- nervioso y del ureter derecho.

Resultados: La evolución fue favorable procediéndose al alta al tercer día. El estudio anatomopatológico extemporáneo informó de neurofibroma retroperitoneal (vimentina+, s-100+, c kit-, ki 67 < 1%, desmina-, actina-, mioglobina-, cd 34-).

Conclusiones: Los neurofibromas son tumores comunes que afectan a la vaina perineural de nervios periféricos subcutáneos o viscerales. Se suele encontrar asociada en un 85% con la enfermedad de Recklinghausen (neurofibromatosis tipo 1), o bien como enfermedad solitaria en un menor número de casos. Son lesiones con potencial maligno. Muestran un patrón histológico consistente en células de Schwann y fibroblastos.

La cirugía es el tratamiento habitual de estos tumores. Existe controversia sobre el grado agresividad de la resección. La exéresis precoz de un tumor benigno puede conducir a un daño permanente del tejido nervioso, pero una escisión tardía podría ser incompleta. Las lesiones asintomáticas pequeñas no compresivas en raíces importantes o médula espinal, deben tener un seguimiento radiológico estrecho.

Hidatidosis peritoneal masiva.

Morales Martín Germán, Perea Sanchez María José, Martín García de Arboleya Rocío, Becerra Miguel, Bejarano Gonzalez-Serna Daniel.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: La hidatidosis humana es una zoonosis derivada de la ingesta de huevos del parásito *Echinococcus granulosus*, presente en alimentos contaminados, que una vez dentro del organismo humano (y de otros huéspedes in-

termediarios) se transforman en quistes que pueden provocar complicaciones de diversa índole, las más frecuentes derivadas de su crecimiento o ruptura. Esta patología ha experimentado un repunte importante en los últimos años debido sobre todo al aumento de los flujos migratorios de personas.

Material y métodos: Se estudia a una paciente mujer de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que acude a urgencias tras traumatismo abdominal por caída accidental, refiriendo a su vez aumento del perímetro abdominal en los últimos dos años sin otra sintomatología acompañante.

Se realiza estudio analítico consistente en bioquímica general, hemograma, coagulación, gasometría venosa y sedimento urinario.

Como prueba de imagen se realiza TAC abomino-pélvico de urgencias.

Resultados:

Pruebas analíticas:

Hemograma: Hb: 14,5 g/dl, leucocitos 9500 con 80% de Polimorfonucleares, plaquetas 189.000 y moderada eosinofilia.

Coagulación, gasometría y sedimento urinario normales.

Bioquímica: Bilirrubina total 2,01mg/dl, con bilirrubina directa de 1,70mg/dl, GOT: 89 U/L GPT 127 U/L.

TAC Abdomen-pelvis: Cinco grandes formaciones quísticas, la mayor de ellas de 15x12cm, situada ésta en pelvis mayor, sin poder descartar como origen un proceso ginecológico, neoplásico o quístico.

Como consecuencia de esto se solicita anticuerpo antiequino coccio, resultando positivo.

Se decide cirugía programada, objetivándose hidatidosis peritoneal masiva con siembra de hidátides en todo el peritoneo visceral, así como dos lesiones quísticas en los segmentos hepáticos V y VII. Realizándose quistoperiquistectomía parcial en el caso de los quistes hepáticos y quistoperiquistectomía completa del quiste pélvico, con lavado con povidona diluida al 50% como agente antiparasitario.

El análisis microrbiológico de las muestras tomadas confirmó el origen parasitario de las lesiones. Tras la intervención la paciente ha realizado tratamiento consistente en ciclos de Albendazol.

Conclusiones: La hidatidosis humana es una enfermedad endémica en varios países del mundo, sobre todo en regiones agrícolas y ganaderas, siendo necesario su diagnóstico diferencial en estas áreas. Dentro de sus localizaciones corporales, la hepática es la más frecuente (50%-60%), seguida de pulmón (20-30%), y con menor frecuencia bazo, SNC y huesos.

La mayoría de pacientes permanecen asintomáticos, siendo el diagnóstico la mayoría de las ocasiones accidental. En los casos que presentan sintomatología acompañante, ésta suele ser dolor abdominal inespecífico y plenitud abdominal. La clínica más llamativa proviene de complicaciones quísticas, tales como la infección y ruptura intraperitoneal descrita en hasta un 25% de los casos como consecuencia de aumentos de tamaño o traumatismos abdominales, ocasionando siembra peritoneal de vesículas.

El tratamiento ideal es la quistoperiquistectomía completa, técnica con una morbi-mortalidad elevada, siendo en ocasiones preferible la quistectomía parcial con drenaje quístico y omentoplastia. En la actualidad algunos grupos realizan el tratamiento de los quistes mediante drenaje percutáneo o endos-

cópico, con resultados dispares que precisarán de valoración y seguimiento con estudios a posteriori.

Manejo del retroneumoperitoneo tras CPRE

Vanessa Maturana Ibáñez, Almudena Moreno Serrano, Diego Rodríguez Morillas, Elena Yagüe Martín, Álvaro Morales González, Jacob Motos Mico

CH Torrecárdenas . Almería

Introducción: La CPRE se ha convertido en un instrumento esencial para el diagnóstico y tratamiento de la ictericia obstructiva desde su introducción en 1968. Pero su uso está limitado por una alta tasa de complicaciones que asciende a un 4-10% y una mortalidad de 0.4%. Las complicaciones tras CPRE en orden de frecuencia incluyen pancreatitis (1.3-5.4%), hemorragia (0.76-3%), colangitis (0.71-1%) y perforación (0.3-2.1%). El riesgo de complicación es estadísticamente mayor en CPRE con finalidad terapéutica (5.4%) que diagnóstica (1.38%).

Caso clínico: Paciente varón 85 años con AP de FA, glaucoma, vértigo y colecistitis aguda litiásica en 2009 realizándose colecistectomía laparoscópica, postoperatorio complicado por fuga biliar tratada mediante la colocación de prótesis biliar plástica. A los dos años se realiza CPRE por ictericia obstructiva y colangitis agudas previas. Recibió el alta hospitalaria al día siguiente del procedimiento en el que se había retirado el stent con cierta dificultad. A las 48 horas acude a urgencias por deterioro del estado general y fiebre. Se encuentra estable hemodinámicamente y presenta crepitantes subcutáneos generalizados y dolor a la palpación en epigastrio e HD. Ictericia cutáneo-mucosa. Analítica: 9.020 leucocitos, 87.5% PMN. BiT: 8.18 gr/dL, BiD: 7.62 gr/dL. PCR: 19.90 mg/dL. En TAC abdominal se objetiva vía biliar intra y extrahepática dilatadas, abundante cantidad de aire libre distribuido sobre todo en espacio retroperitoneal, intraperitoneal y tejido celular subcutáneo.

No colecciones ni líquido libre. Tras valorar al paciente, y teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica y su mejoría tras la administración de antibióticos, se decide actitud conservadora bajo vigilancia intensiva. Se produce mejoría clínica y el paciente recibe el alta a planta donde finalmente fallece tras sufrir fallo renal.

Discusión: Las perforaciones tras CPRE se clasifican según Stapfer: Tipo I: perforación en la pared duodenal medial o lateral. II: lesión periampular. III: lesión del conducto biliar o pancreático. IV: presencia de aire retroperitoneal. Una alta sospecha clínica es esencial para un diagnóstico precoz que permita una gestión óptima sin cirugía. La presentación clínica es muy inespecífica. Debe sospecharse ante síntomas abdominales, torácicos o crepitación tras CPRE. La primera prueba diagnóstica debe ser una radiografía simple de abdomen, donde pueden verse líneas de aire retroperitoneal. El TAC de abdomen confirma el diagnóstico. Encontraremos aire en el espacio intra y retroperitoneal, a lo largo de la vena cava inferior, en mediastino y pleura. La cantidad de aire no se correlaciona con la severidad del cuadro. El tratamiento depende del tipo de lesión y del estado clínico. Todas las de tipo I, que generalmente son grandes, deben ser reparadas quirúrgicamente. El tipo III generalmente cierra espontáneamente tras

actitud conservadora o con la colocación de un stent. Las de tipo IV suelen presentar un curso autolimitado y no precisan cirugía. El manejo de las tipo II está menos claro. Hasta un 43% puede requerir reparación quirúrgica. La perforación es una complicación potencialmente grave tras la CPRE, que en algunos casos conduce a la muerte. Históricamente la mayoría se trataron quirúrgicamente. Sin embargo, el tratamiento conservador está demostrando mejores resultados.

Neumoperitoneo espontáneo: a propósito de un caso

Rocio Molina Barea, Alejandro Jose Perez Alonso, Alejandro Ortega Carrasco, Tania Gallart Aragon, Saturnino de Reyes Lartategui, Maria Jose Cabrerizo Fernandez, Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario Clinico San Cecilio. Granada

Introducción: La presencia de aire en la cavidad abdominal sugiere en 85 a 95 % de los casos, una lesión abdominal por rotura de una víscera hueca, lo cual requiere una conducta quirúrgica inmediata. A partir de la década de los 50, se evidencia en la literatura casos de neumoperitoneo sin lesión de órganos intraabdominales. Presentamos caso de paciente con neumoperitoneo espontáneo por hallazgo casual de prueba de imagen realizada de forma ambulatoria.

Material y métodos: Varón de 79 años con antecedentes de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal intervenido en 2009 realizándose endoprótesis aortica bifurcada, HTA, FA crónica, EPOC leve, monorreno, prostatectomía radical por cáncer de próstata. Acude a la urgencia avisado por radiólogo debido a que en TAC toraco-abdominal realizado de forma ambulatoria para control de su cirugía vascular se evidencia gas extraluminal a nivel anterior hepático y múltiples burbujas aéreas en todos los espacios intraperitoneales sin apreciar causa de la misma.

Resultados: Avisan al equipo de cirugía de guardia para valoración del paciente, a la exploración el paciente presenta buen estado general, con su abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos conservados. Tolerancia oral mantenida así como tránsito intestinal.

Se realiza analítica urgente evidenciando alteración propia de su anticoagulación y con el resto de parámetros normales. Dado que el paciente se encuentra asintomático y con estabilidad hemodinámica se procede al alta con observación domiciliaria.

Discusión: El hallazgo de una imagen radiológica sugestiva de neumoperitoneo es una indicación quirúrgica de urgencia, pero en algunos casos, poco frecuentes, no se asocia a signos peritoneales ni a enfermedades localizadas intraabdominal. Están descritas causas respiratorias, como enfisema bulloso, barotrauma, neumonía, asma, uso de ventilación mecánica; cardíacas como masaje cardíaco; abdominales entre las que se mencionan la neumatosis quística intestinal y la infección por clostridium; ginecológicas como salpingooforitis por gérmenes productores de gas, ejercicios posparto y poscoital. Ante el hallazgo de un neumoperitoneo sin signos de irritación peritoneal como en nuestro caso deberemos mantener una actitud conservadora para evitar, si es posible, una intervención quirúrgica innecesaria.

Citorreducción completa y quimiohipertermia intraperitoneal intraoperatoria (CC+HIPEC) en pacientes de alto riesgo de carcinomatosis peritoneal ("carcinoprofilaxis").

Morales, A; Torres Melero, J; Verdejo, G; Rufian S; Muñoz Casares, C; Motos, J; Moreno, A; Arjona, A.

Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis. UGC de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería. Almería

Introducción: Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) o también llamada enfermedad maligna peritoneal (EMP), independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. La quimioterapia sistémica, generalmente con intención paliativa, se asocia a unas supervivencias medias de 24-30 meses. Hoy por hoy, en un grupo seleccionado de pacientes, existe un abordaje quirúrgico potencialmente curativo, la citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC). Creemos sumamente importante, adelantarnos a esta implantación, es decir, identificar a pacientes que potencialmente desarrollarán CPp y así, tratarlos en fases iniciales de afectación peritoneal.

Propósito: El objetivo de esta comunicación es presentar aquellos otros pacientes considerados de alto riesgo de implantación que han sido tratados mediante técnicas de CRS+HIPEC en nuestra Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal.

Pacientes y métodos: Desde Enero 2005 hasta Abril 2011 hemos tratado 148 pacientes mediante CRS+HIPEC. Desde hace dos años, hacemos especial hincapié en la carcinoprofilaxis, es decir, identificar una población de pacientes de alto riesgo de implantación (basándonos en la bibliografía existente) y, junto al Servicio de Oncología Médica correspondiente, planear una reintervención (a modo de second-look) en aquellos pacientes con las siguientes características: asintomáticos, exploración sin hallazgos, marcadores tumorales normales y pruebas de imagen (TAC toracoabdomino-pélvico y PET-TAC) negativos).

Resultados: Nuestra serie consta de 5 pacientes que fueron intervenidos previamente por carcinoma colorrectal y considerados de alto riesgo de implantación (pT4-pT3b, obstruidos, perforados, con implantación mínima inicial, entre otros). 4 hombres/1 mujer. 3 (60%) fueron intervenidos de forma electiva y 2 de urgencias. Todos fueron tratados con quimioterapia adyuvante. Posteriormente, fueron reintervenidos en nuestra Unidad, a los 9-12 meses siguientes. 4 (80%) presentaban implantación peritoneal: 4 con PCI menor de 10; y en 1 caso, el abdomen no mostraba afectación macroscópica. Todos los pacientes fueron sometidos a CRS+HIPEC y en el caso de la mujer, se añadió una ooforectomía bilateral (postmenopausica). Hasta su última revisión (6 meses-22 meses) ningún paciente tiene ningún dato que implique sospecha de afectación peritoneal (carcinomatosis).

Conclusiones: Consideramos que en un grupo seleccionado de pacientes, la carcinomatosis peritoneal es potencialmente curativa mediante tratamiento quirúrgico radical (CC+HIPEC) junto a QT sistémica. Dos factores pronóstico muy importantes son: el grado de implantación (PCI) y el

conseguir una citorreducción completa. Por tanto, creemos que es crucial identificar una población de pacientes con alto riesgo de implantación que podrían beneficiarse, en fases precoces, de este tratamiento quirúrgico. Establecemos no sólo un posible algoritmo diagnóstico-terapéutico en estos casos sino también subrayamos la necesidad de que estos pacientes sean derivados a Unidades de Referencia, en Andalucía contamos con dos centros reconocidos para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal: Hospital Reina Sofía de Córdoba y H. Torrecárdenas de Almería.

Manejo Laparoscópico de Tumor del Estroma Gastrointestinal.

Retamar Gentil M., Pérez Huertas R., Vecino Bueno C., Martín Pérez B, Domínguez- Adame Lanuza E., Cano Matías A., Oliva Mompean F.

Hospital Universitario Virgen Macarena UGC. Sevilla

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal se encuentran localizados en el momento de su diagnóstico en el 50% de los casos, permitiendo la resección quirúrgica completa hasta en un 95%. Dado su comportamiento biológico no requieren amplios márgenes de resección ni extensas linfadenectomías, siendo la laparoscopia una opción válida y segura.

Material y Metodo: Presentamos el caso de una paciente de 65 años sin antecedentes de interés, remitida por Ginecología por encontrar en RNM, de forma incidental, masa de 5 cm de diámetro en ileon distal compatible con leiomioma. La paciente refiere clínica de dolor hipogástrico de años de evolución, sin otros síntomas acompañantes. No presenta alteraciones analíticas ni elevación de marcadores tumorales.

Previo a la intervención se realiza Tránsito intestinal con Bario, que describe un defecto de repleción de unos 4 cm. de longitud en ileon distal, que afecta a la pared externa del asa intestinal. TAC de abdomen confirma la existencia de masa dependiente del ileon terminal y ausencia de signos de metástasis a distancia.

Resultados: Se practica laparoscopia exploradora, encontrando tumoración en borde antimesentérico mamelonada y friable a unos 4 metros del ángulo de Treitz, se realiza resección y anastomosis latero-lateral asistida manualmente con laparotomía en fosa iliaca izquierda. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta hospitalaria al cuarto día postintervención.

Diagnóstico anatomopatológico: Tumor de 5 cm. del estroma gastrointestinal de celularidad mixta con predominio fusocelular. Bajo Riesgo. CD 117 positivo.

Conclusiones: Se considera como tratamiento de elección su resección quirúrgica, que logra ser completa en la mayoría de los casos. La resección segmentaria gástrica o intestinal debe conseguir márgenes quirúrgicos negativos, no siendo necesario efectuar una linfadenectomía debido a lo infrecuente del compromiso ganglionar. En la guía de la NCCN de 2007 se recomienda la cirugía laparoscópica en tumores de hasta 5cm, mientras que aquellos con diámetros mayores serían subsidiarios de una laparoscopia asistida. Las limitaciones impuestas en caso de tamaños 4-5cm tiene su base en que estos tumores son más frágiles, más vascularizados, con mayor componente necrótico, todo lo que los hace más frágiles, y, además, con

una pseudocápsula mayor y una mayor probabilidad de que estén adheridos a estructuras vecinas. Por ello, solo aquellos centros con gran experiencia en cirugía laparoscópica deberían resear GIST de gran tamaño.

Impactación yeyunal por cálculo tras síndrome de Bouveret autolimitado

Guerra Bautista JA., Candil Comesaña D., Novales Vasco G., Muñoz Boo JL., Hernández Ollero ME., Acedo Díaz F., Luque Ordoñez J.

Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: En síndrome de Bouveret consiste en la obstrucción duodenal o pilórica secundaria a cálculos procedentes del tracto biliar a través de una fístula bilioentérica, la cual se da en el 2-3% de los casos de colecistitis litiasicas. Suele presentarse como un síndrome emético, a veces con ictericia y raramente con hemorragia digestiva. En los casos menos frecuentes puede diagnosticarse preoperatoriamente por radiología y endoscopia e intentar la resolución del cuadro con procedimientos no quirúrgicos, pero no son técnicas definitivas. Presentamos un caso de una paciente que, tras ser diagnosticada una impactación litiasica duodenal típica, se descubre migración del cálculo y obstrucción distal posterior.

Caso clínico: Mujer de 87 años con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva y estenosis aórtica severa que presenta dolor abdominal y vómitos biliosos de cuatro días de evolución. En la exploración no presenta ictericia, distensión abdominal ni signos de peritonismo. Analítica normal. En la radiografía simple se aprecia imagen cálcica en hipocondrio derecho. Se practica ecografía de abdomen objetivándose imagen hiperecogénica con gran sombra hipocogénica posterior en epigastrio sin poder valorar la vesícula biliar, por lo que se practica TAC de abdomen que objetiva pared vesicular engrosada con líquido libre, aerobilia y cálculo de 40mm en la segunda porción duodenal. Se programa endoscopia oral para intentar extracción o fragmentación del cálculo, pero no se consigue visualizarlo. Se programa nueva TAC para determinar nueva localización, ya que los síntomas persisten, encontrándose el cálculo en yeyuno distal y produciendo dilatación de asas intestinales proximales. El cuadro se resuelve por enterotomía sin colecistectomía por alto riesgo de morbimortalidad. La recuperación es satisfactoria.

Discusión: El íleo biliar representa el 1-4% de las obstrucciones intestinales, y en individuos mayores de 65 años produce el 25% de las obstrucciones de intestino delgado. El síndrome de Bouveret es una de las entidades causantes de íleo biliar, pero la menos frecuente. La localización más frecuente de impactación en el íleo biliar es el íleon terminal (50-90%), yeyuno-íleon proximal (20-40%) y duodeno (5-10%). La migración del cálculo en el síndrome de Bouveret se produce a través de una fístula colecistoduodenal, aunque también es posible a través de una colecistogástrica o coledocoduodenal. Sólo un 6% de estas migraciones provoca obstrucción intestinal. La clínica típica consiste en vómitos y dolor abdominal en pacientes mayores de 60 años. A veces se acompaña de ictericia, y menos frecuentemente por hemofilia debido a erosión de la mucosa duodenal o de la arteria cística. La radiografía de abdomen presenta la triada clásica pero inconstante de

distensión gástrica, aerobilia y cálculo ectópico. La ecografía, TAC y endoscopia confirman el diagnóstico. La extracción del cálculo por enterotomía, con colecistectomía y reparación de la fistula en el mismo acto o en un segundo tiempo, es el tratamiento de elección, aunque se han descrito tratamiento endoscópico eficaz mediante la extracción del cálculo o bien su fragmentación con litotripsia o YAG láser. La mortalidad es del 6% en la cirugía de un tiempo, y se incrementa al 20-30% en la de dos. Esta segunda opción es la preferida en nuestra paciente anciana con cardiopatía severa.

Síndrome de Bouveret: Caso excepcional de obstrucción intestinal.

Vladimir Arteaga Peralta, Roberto De la Plaza Llamas, Jorge Humberto Carlin Gatica, José E. Quiñones Sampedro, Farah Adel Abdulla, Andree W. Kuhnhardt Barrantes, José Manuel Ramia Ángel, Cristina Sabater Maroto, Santiago M. Pinto Gonzalez, Jorge García-Parreño Jofre.

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Introducción: El síndrome de Bouveret (SB) es la causa del 1-3% de las obstrucciones intestinales por litiasis vesicular. Desde 1893 solo se han comunicado en la literatura mundial aproximadamente 300 casos. Se caracteriza por la imposibilidad de vaciamiento gástrico como consecuencia de la impactación de un cálculo biliar en el marco duodenal en el contexto de una fistula biliodigestiva secundaria a coledolitiasis. Presentamos un caso de SB y revisamos la literatura.

Caso: Paciente varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y episodios recurrentes de cólicos vesiculares que se negaba al tratamiento quirúrgico valorado por epigastralgia de 3 días de evolución que se irradiaba a hipocondrio derecho junto a saciedad precoz y vómitos postprandiales, no presenta fiebre, ni otra sintomatología por aparatos y sistemas. En la exploración física presenta, a nivel abdominal, dolor a la palpación sin defensa en epigastrio, no signo de Murphy ni otros signos de irritación peritoneal.

En la analítica destaca 14.440 leucocitos/μl (85.2% neutrofilos), fosfatasa alcalina de 154 u/l, ALT 209u/l, AST 112 u/l, GGT 160u/l, bilirrubina 0.8mg/dl, proteína C reactiva 72.3mg/l.

En la radiografía de abdomen simple se observa imagen aérea a nivel de región de vesícula biliar, y estómago de retención. La tomografía computarizada (TC) abdominal demuestra un plastrón inflamatorio hepatocolecistoduodenal y cálculo impactado en la primera porción duodenal con aerobilia y probable fistula colecistoduodenal.

En la laparotomía exploradora se objetiva: plastrón inflamatorio cálculo impactado en primera porción duodenal que precisa gastrostomía para su extracción. Se exploró el orificio fistuloso y se comprobó que no había más cálculos en duodeno ni intravesiculares. Se procede al cierre primario de la gastrostomía y epiploplastia, dejando el tratamiento de la fistula colecistoduodenal para un segundo tiempo.

El postoperatorio transcurre sin alteraciones, siendo dado de alta al 4 día. El paciente se negó a una nueva reintervención para corregir la fistula colecistoduodenal.

Discusión: Las fistulas colecistoentéricas se presentan en el 0,3-0,5% de los pacientes con coledolitiasis. Éstas son en su mayoría colecistoduodenales (60%), siendo las coledocoduodenales unas de las menos frecuentes (3%). Sólo el 6% de las fistulas desarrollan una obstrucción intestinal, siendo la más frecuente a nivel de íleon terminal (50-90%), íleon proximal y yeyuno (20-40%) y la duodenal (verdadero SB) con menos del 5% de los casos). Sólo un tercio de los pacientes con fistula colecistoentéricas tendrán ictericia y/o alteración de las enzimas hepáticas, fenómenos secundarios a la compresión de la vía biliar.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico (radiografía simple de abdomen, ecografía, TC abdominal con contraste y RMN) aunque algunos autores describen que la endoscopia digestiva alta como diagnóstico específico, ya que nos puede permitir visualizar directamente la litiasis y descartar otros diagnósticos diferenciales aunque sólo es capaz de identificar la litiasis como causa obstructiva en el 69% de los casos.

Entre los hallazgos característicos en la radiografía simple de abdomen se encuentra el signo de Balthazar que es la presencia de dos niveles hidroaéreos adyacentes en el hipocondrio derecho, correspondientes a la vesícula y bulbo duodenal. La TC de abdomen permite establecer la localización, la morfología y el tamaño de la litiasis.

La mortalidad global del cuadro se establece en un 25% y el pronóstico vendrá determinado por la comorbilidad, la edad avanzada del paciente y el retraso en el diagnóstico.

El tratamiento de elección según la literatura continua siendo quirúrgico, aunque actualmente algunos autores plantean la opción endoscópica como primera opción en pacientes inestables hemodinámicamente y con alteraciones del equilibrio ácido básico debido al elevado riesgo quirúrgico, y reservar el tratamiento quirúrgico cuando el tratamiento endoscópico es fallido debido al gran tamaño de la litiasis o a dificultad técnica. Se describen mejores resultados en la morbimortalidad al realizar la cirugía en dos tiempos, primero resolver la obstrucción intestinal y posteriormente la fistula coledocoduodenal.

Hemorragia Digestiva por Divertículo Duodenal

Gallart Aragon, T.; Pérez Alonso, A.J.; Zurita Saavedra, M.S.; Pérez Duran, C.; Molina Barea, R.; Machado Romero, I.; Pérez Ramon, J.A.; JimenezRios, J.A.

Hospital Universitario San cecilio. Granada

Introducción: La formación diverticular (diverticulum: desviación de un camino) del tubo digestivo es una enfermedad frecuente (siendo más en el sexo femenino con una relación 6:1), la localización duodenales la 2º en frecuencia, tras el colon, en el desarrollo de estos procesos.

Los divertículos se forman por saculación de la mucosa y submucosa, la cual se hernia a través de un defecto muscular, suelen ser congénitos y sólo producen sintomatología en un 5% de los casos se pueden manifestar como una diverticulitis, perforación (con mortalidad de un 50%), hemorragia, malabsorción, dolor abdominal crónico.

Síndrome de Mirizzi

Almudena Moreno Serrano, Orlando Fuentes Porcel, Esteban Montoya, Elena Yague, Vanesa Maturana, Ricardo Belda

CH Torrecardenas. Almería

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, presente en el 0,1% de los pacientes con enfermedad de la vesícula biliar y el 0,7-2,7% de las colecistectomías realizadas.

Caso clínico: Varón de 61 años que acude a urgencias por epigastralgia, ictericia, coluria y acolia de cinco días de evolución. Como antecedentes refiere dolores abdominales que relaciona con una hernia hiatal. La exploración física muestra un abdomen blando, no doloroso, sin peritonismo. La analítica evidencia hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina directa y elevación de enzimas de colostasis. Se realiza colangioRMN que demuestra dilatación de vía biliar, intrahepática y extrahepática proximal, secundaria a cálculo de gran tamaño entre vesícula y colédoco. Se practica apertura de vesícula con extracción del cálculo, colecistectomía, y colédocoplastia sobre drenaje de Kher.

Discusión: Es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una colelitiasis en el infundíbulo de la vesícula biliar o el conducto cístico, que realiza compresión extrínseca sobre el conducto hepático común. La presión generada puede erosionar la vía biliar, necrosando la zona de contacto entre la pared vesicular y la vía biliar y originando una fistula colecisto-coledociana. El SM se asocia con mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar respecto a los pacientes que presentan colelitiasis aislada. Se clasifica en 4 estadios, en función de la presencia o ausencia de fistula colecisto-coledociana.

El método de cribado inicial es la ecografía abdominal y ante la sospecha diagnóstica se confirma mediante CPRE, colangiografía percutánea o colangio-resonancia.

El tratamiento habitual del SM es quirúrgico, depende del estadio del SM (presencia o ausencia de fistula colecisto-coledociana): El SM de tipo I (sin fistula) precisa colecistectomía (por vía laparoscópica o abierta). Los tipos II al IV (SM con fistula colecisto-coledociana) precisan colecistectomía parcial o completa por vía abierta. En ocasiones requieren sutura, reconstrucción o anastomosis bilioentérica en función del grado de extensión y destrucción originados por la fistula

Disfagia alta por achalasia cricofaríngea en el adulto

Alberto Titos García, Alberto Rodríguez Cañete, Francisco Javier Moreno Ruiz, Blas López Rueda, Jose Antonio Bondía Navarro, Beatriz García Albiach, Naiara Marín Camero, Julio Santoyo Santoyo

H.R.U. Carlos Haya (Málaga). Málaga

Introducción: La achalasia cricofaríngea es un raro desorden de la motilidad esofágica caracterizado por una inapropiada contracción del músculo cricofaríngeo, resultando en una ineficaz relajación del esfínter esofágico superior (EES) durante la deglución. Los pacientes con frecuencia presentan disfagia orofaríngea, reflujo nasofaríngeo durante la deglución y salivación. Se han descrito distintas opciones de tratamiento de

esta patología, siendo la miotomía del músculo cricofaríngeo la opción con mayor tasa de éxito. El estudio manométrico es fundamental en el diagnóstico.

Material y método: Paciente de 47 años sin antecedentes de interés con disfagia orofaríngea desde hace 4 años que es enviado a nuestra consulta tras descartar medicina interna y reumatología un origen neurológico, conectivo o infeccioso. En consulta se realizó una gastroscopia que fue normal, con biopsia que descartó esofagitis eosinofílica. El estudio manométrico indicó un déficit de relajación del EES y un aumento de la presión intrabolo. Con el diagnóstico de achalasia cricofaríngea se realizó una miotomía del músculo cricofaríngeo por cervicotomía izquierda. El paciente inició tolerancia a las 24 horas y fue dado de alta a las 72 horas tras comprobar ausencia de disfagia

Discusión: La achalasia cricofaríngea se da con mayor frecuencia en neonatos de forma congénita. En el adulto la etiología no está clara, existiendo formas relacionadas con enfermedades neurológicas (Parkinson, Traumatismo craneal), enfermedades del tejido conectivo (esclerodermia), enfermedades infecciosas como la enfermedad de Chagas y otras formas idiopáticas como nuestro caso. Se han descrito distintas opciones de tratamiento como la dilatación endoscópica y la inyección de toxina botulínica endoscópica con una elevada tasa de recurrencia, siendo la miotomía del músculo cricofaríngeo la que mejor resultados obtiene. La selección de pacientes candidatos a miotomía es difícil y exclusivamente indicada en pacientes con hallazgos manométricos claros de achalasia (alteración de la apertura del EES, aumento presión intrabolo y propulsión faríngea normal), dado que la errónea indicación puede dar lugar a fracaso de la técnica. La miotomía se realiza a través de una cervicotomía izquierda, y se inicia en el constrictor faríngeo inferior y se extiende hasta 5 cm. distales. La dificultad radica en la localización del inicio de la sección sin la ayuda anatómica del divertículo de Zenker

Supervivencia a 3 años del cáncer gástrico tras tratamiento neoadyuvante y cirugía de rescate.

Gutiérrez Moreno M, Méndez García C, García Ruiz S, Ibáñez Delgado F, Vázquez Medina AM, Hernández de la Torre JM, Alcántara Gijón F, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Cirugía Esofágica e IMIS, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: En Los cánceres gástricos no estadios I la quimioterapia neoadyuvante es el tratamiento estándar (aumenta la tasa de resección R0) seguido de cirugía de rescate con linfadenectomía D2.

Objetivo: Conocer la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico sometidos a tratamiento oncológico neoadyuvante y cirugía de rescate en los últimos 3 años.

Material y métodos: Estudio prospectivo de enero 2008 a enero 2010. Muestra de 11 pacientes, 72% hombres, rango de edad 37-76 años, media 59 años.

Resultados: El estadio tumoral más frecuente al diagnóstico fue IV (36.36%) y III (27.27%). Mejoría tras tratamiento neoadyuvante en el 36%, en el 18% ni siquiera se encontró neoplasia en la pieza quirúrgica; en el 36% no hubo mejoría. La cirugía fue exéretica en el 73%, siendo la gastrectomía total con

anastomosis en Y de Roux la intervención realizada en casi la mitad de los casos (45%); en el 27% se realizó únicamente laparoscopia-laparotomía exploradora por evidente progresión de la enfermedad. En todos los pacientes se realizó yeyunostomía de alimentación. Se resecaron un total de 152 ganglios, lo que supone una media de 19 ganglios por pieza quirúrgica. A fecha 1 de diciembre de 2010 (3 años después de la cirugía, no del inicio de todo el proceso terapéutico) la supervivencia es del 45%, si bien 2 pacientes fueron intervenidos hace 4 y 6 meses.

Conclusiones: Tras tratamiento neoadyuvante los pacientes mejoran su estadio tumoral e incluso puede desaparecer la neoplasia. Casi la mitad de los pacientes están vivos 3 años después de la cirugía.

Vólvulo Gástrico Agudo Secundario a Hernia de Hiato Paraesofágica. A Propósito de un Caso.

T. Gómez Sánchez, F. Grasa González, D. Sánchez Relinque, M. Rodríguez Ramos, E. García Romero.

Hospital Punta de Europa - AGS Campo de Gibraltar. Cádiz

Introducción: El vólvulo gástrico se define como una rotación anormal del estómago mayor de 180° sobre su eje, obstruyendo así el paso del contenido alimenticio. Está considerado actualmente como causa de abdomen agudo quirúrgico, con alta tasa de complicaciones graves y mortalidad. En todos los casos el tratamiento es quirúrgico siendo la técnica de elección la reducción del vólvulo y gastropexia anterior con técnica antirreflujo asociada, habitualmente de tipo Nissen-Rossetti.

Presentación del caso: Mujer de 64 años de edad con antecedentes de hernia de hiato que acude por disfgia severa a sólidos y líquidos de 24 horas de evolución, acompañado de discreto dolor epigástrico.

La exploración abdominal fue normal, excepto leve dolor en epigastrio a la palpación profunda. Resto de exploración, anodina. Se realiza analítica completa resultando dentro de la normalidad. Se realiza una radiografía simple de abdomen donde mostraba parte de cámara gástrica en mediastino, con doble burbuja de aire, y una TAC abdominal donde mostraba una hernia paraesofágica volvulada e incarcerationada en mediastino, confirmándose el diagnóstico de vólvulo gástrico mediante endoscopia digestiva. La paciente fue intervenida de urgencias mediante laparotomía donde se observó una gran hernia de hiato paraesofágica volvulada y signos de incarceration en antro gástrico con buena viabilidad tras su reducción. Se realizó gastropexia con Funduplicatura tipo Nissen-Rossetti. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente, dándose el alta hospitalaria a los 9 días.

Conclusiones: El vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una patología de baja frecuencia y a veces de difícil diagnóstico, que puede ir asociada a una elevada morbimortalidad.

La TAC, el estudio baritado y la endoscopia digestiva son las pruebas diagnósticas de elección, y ésta última además nos permite retrasar la cirugía temporalmente reduciendo el vólvulo, para convertir así una cirugía de urgencias en una programada.

No obstante el tratamiento de elección es quirúrgico, recomendándose como técnica de elección a día de hoy la cirugía laparoscópica, dados los buenos resultados a corto y medio plazo.

Presentación clínica del lipoma gástrico como cuadro de suboclusión intestinal.

C. González Callejas, M. Zurita Saavedra, A.L. Romera López, M. López-Cantarero Ballesteros, J.A. Jimenez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: El lipoma gástrico es un tumor benigno muy frecuente (1-3%) y que se localiza generalmente en antro. Tiene una presentación clínica variable siendo la más común la hemorragia gastrointestinal causada por ulceración del tumor. Presentamos el caso de un lipoma submucoso gástrico como causa de un cuadro de obstrucción intestinal intermitente.

Material y métodos: Paciente mujer de 62 años de edad que es trasladada desde el Servicio de Digestivo por cuadros de epigastalgia, vómitos y alteraciones en el tránsito intestinal de tres meses de evolución. Se realiza esofagogastroduodenoscopia en la que se observa en cara posterior de antro una tumoración submucosa de unos 3 cms de diámetro con mucosa normal que obstruye parcialmente el píloro con una pequeña ulceración a dicho nivel. Así mismo se realiza eco endoscopia que aprecia una lesión iso-hipercogénica bien delimitada de 37 por 26 mms que depende de la submucosa sugerente de leiomioma sin apreciar adenopatías. Marcadores tumorales normales. Es intervenida quirúrgicamente encontrándose una tumoración gástrica antral prepilórica y realizándose gastrectomía parcial con reconstrucción gastroyeyunal en Y de Roux. El postoperatorio cursó sin complicaciones siendo la paciente dada de alta a la semana de la intervención. El estudio anatómopatológico definitivo es informado como lipoma submucoso gástrico.

Resultados y conclusiones: La mayoría de los pacientes con tumores gástricos benignos permanecen asintomáticos por largos periodos de tiempo. Cuando estos síntomas se presentan dependen habitualmente del tamaño del tumor, la ubicación y las complicaciones evolutivas. La obstrucción intestinal es poco frecuente en los tumores gástricos exclusivos, sin embargo, en nuestro caso fue el síntoma de presentación clínica por su proximidad al píloro. La TAC es el estudio de elección aunque el diagnóstico definitivo ha de ser histopatológico. Las opciones de tratamiento son múltiples y variadas desde una resección endoscópica o ablación en los de pequeño tamaño hasta gastrectomías parciales en los mayores.

Tricobezoar gástrico, enfoque diagnóstico y terapéutico

Bustos Merlo, Ana; Alvarez Martín, María Jesús; Valdivia Risco, Javier, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Un bezoar se define como toda sustancia extraña acumulada en estómago, duodeno o intestino delgado. Según su composición pueden ser clasificados como: fitobezoar (fibras vegetales), farmacobezoar, lactobezoar (leche no digerida), bezoar de cuerpo extraño y tricobezoar (cabello). La mayoría de los tricobezoares se encuentran en la cavidad gástrica, prolongándose en ocasiones hacia el intestino delgado constituyendo el síndrome de Rapunzel. Son más frecuentes en mujeres (90% de los casos) y el 40% de los mismos presenta

trastornos psiquiátricos; siendo la edad de máxima frecuencia entre los 10 y los 19 años.

Materiales y métodos: Paciente de dieciséis años, modelo de pasarela, con trastorno de ansiedad, que acude a Consulta de Digestivo para estudio de dolor abdominal a nivel epigástrico y episodios de diarrea de unos dos años de evolución. A la exploración, palpación en epigastrio de una masa de consistencia lisa y gomosa, sin otros hallazgos de interés. En la Rx de abdomen se evidenciaba ocupación de cámara gástrica con imagen de miga de pan. La ecografía abdominal informó de lesión hiperecogénica con sombra acústica posterior ocupando parte del fundus y cuerpo gástrico (9 x 4,5cm) compatible con bezoar. Se realizó endoscopia digestiva alta, apreciándose un gran tricobezoar que ocupaba gran parte de la cavidad gástrica; siendo imposible su extracción. Se optó por intervenir quirúrgicamente de manera programada, dada la ausencia de sintomatología obstructiva. Se realizó laparotomía media supraumbilical, gastrotomía longitudinal a nivel de cara anterior del cuerpo gástrico y extracción del tricobezoar con cierre posterior de gastrotomía.

Resultados: La paciente evoluciona de forma favorable desde el punto de vista quirúrgico, siendo dada de alta a las 72 horas. Se remitió a consultas de Salud Mental.

Conclusión: El tricobezoar es una rara masa compuesta por pelo, moco y fragmentos múltiples de alimentos en descomposición. La presentación clínica y la anamnesis pueden hacer sospechar el diagnóstico, pero la mayoría de los pacientes niegan la tricofagia. Inicialmente, aparece dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo junto a anorexia, pérdida de peso y vómitos. La endoscopia digestiva alta es el método más sensible para el diagnóstico.

Los tricobezoares gástricos son difíciles de eliminar endoscópicamente. En la mayoría de los casos, se requiere la cirugía y la realización de una gastrotomía por vía abdominal anterior. Otros procedimientos nuevos son la litotripsia extracorpórea, litotriptor endoscópico y la laparoscopia. El manejo postoperatorio debe incluir un control neuropsiquiátrico adecuado para evitar la repetición del cuadro.

Adenocarcinoma gástrico, exéresis con márgenes submucosos, diagnóstico accidental

Valdivia Risco, Javier; Alvarez Martín, María Jesús, Vilchez Ravelo Andrea, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentar un caso excepcional de Adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello que fue diagnosticado accidentalmente tras exéresis local con márgenes de tumoración gástrica submucosa, sugerente de forma preoperatoria de GIST versus Leiomioma.

Material y métodos: Mujer de 47 años con antecedentes personales de HTA, que el curso de CPRE por colecoledocolitiasis se detectó tumoración submucosa gástrica, con dos ulcero-erosiones fibrinadas. Ecoendoscopia: Lesión submucosa (muscularis propia) de 2cm de diámetro máximo en curvatura menor de antro dependiente de cuarta capa (plantea el diagnóstico diferencial entre GIST ó leiomioma). PET-TAC: No se aprecian lesiones hipermetabólicas a nivel gástrico ni a distancia que sugieran la presencia de actividad tumoral ma-

croscópica. Con el diagnóstico de presunción de Leiomioma versus GIST se interviene encontrando una tumoración localizada, intraparietal a nivel de cara anterior antral a unos 7cm del píloro y de 2x2cm aproximadamente de tamaño; se realizó resección local con márgenes y cierre transversal del defecto. Anatomía patológica (AP): Resección gástrica atípica. Adenocarcinoma con células en anillo de sello de 1,5x1,3 cm de diámetro mayor que infiltra toda la pared gástrica alcanzando la serosa. Márgenes quirúrgicos libres de infiltración neoplásica.

Tras este hallazgo y postoperatorio adecuado se decide completar la cirugía. Pasado un mes se re interviene no evidenciando enfermedad alguna ni adenopatías loco regionales significativas. Se realizó una gastrectomía subtotal tipo BIII con linfadenectomía D1. AP: Marcadas áreas abscesificadas que ocupan el espesor de la pared gástrica, alcanzando la serosa, evidenciando abundantes granulomas con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño. Linfadenitis crónica reactiva. No se evidencian estructuras de carácter neoplásico maligno entre los cortes realizados.

Resultados: El postoperatorio evolucionó de forma adecuada y al estadiarse como pT3NoMo, tras presentarse en el caso en comité oncológico, está actualmente en tratamiento adyuvante radio-quimioterápico.

Conclusiones: El Cáncer gástrico avanzado: es la forma más frecuente de presentación en Occidente del cáncer gástrico. El cáncer precoz (CGP) no es un cáncer in situ ni intramucoso, y tampoco se refiere al tamaño ni a la duración de los síntomas. Los tumores submucosos son un término amplio que incluyen tanto a lesiones neoplásicas, como no neoplásicas del tracto gastrointestinal; pudiendo derivar desde la mucosa profunda a la serosa, dependiendo del tipo histológico, siendo los GIST los tumores submucosos gástricos más frecuentes, seguido de focos ectópicos pancreáticos. Así el término subepitelial es quizás más apropiado que submucoso. Los adenocarcinomas gástricos se originan en las células de la mucosa gástrica productoras de moco y aunque extremadamente excepcional su presentación como lesión submucosa única, ante este hallazgo, se le debería también considerar en el diagnóstico diferencial de las lesiones aparentemente subepiteliales gástricas únicas. La Ecoendoscopia es el método diagnóstico más sensible y específico en diagnóstico preoperatorio de lesiones submucosas, siendo igualmente de gran ayuda para establecer la terapia óptima y seguimiento. Sin embargo el diagnóstico, al igual que ocurrió en nuestro caso, solo se establece de forma definitiva tras el estudio patológico de la pieza quirúrgica. En el estomago el papel de PET-TAC es controvertido para descartar una lesión maligna, como fue nuestro caso, dado que la mitad de los cánceres gástricos no tienen afinidad por la FDG.

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) c-kit negativo

Alba Valmorisco, M.; Bazán Hinojo, M. C.; Pérez Gomar, D.; Bengoechea Trujillo, A.; López Zurera, M.; Mayo Ossorio, M. A.; Pacheco García, J.M.; Gil Olarte Pérez, A.; Vázquez Gallego; J.M

Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Cádiz

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales generalmente CD117 (c-kit, KIT) positivos, producidos por

una mutación en KIT o PDGFRA, compuestos por células fusiformes o epiteloides que se originan en el tracto gastrointestinal, el epiploon, el mesenterio o el retroperitoneo.

Se distinguen tres tipos según los tipos celulares que aparecen en estos tumores: de células fusiformes (77%), de células epiteloides (8%), mixtos (5%).

Inmunohistoquímicamente más del 95% de los GIST expresan c-kit, un 70-90% expresa CD34; un 20-30% actina; un 8-10% proteína S-100 y un 2-4% desmina.

Presentamos el caso de un tumor GIST c-kit negativo.

Caso clínico: Paciente de 68 años derivado del servicio de digestivo con el diagnóstico de masa en fosa iliaca derecha. El paciente fue diagnosticado de la tumoración tras ser ingresado por cuadro de obstrucción intestinal y retención urinaria autolimitadas.

A la exploración abdominal: abdomen blando depresible, no doloroso, con masa dura palpable en cuadrante inferior derecho.

Exploraciones complementarias:

Ecografía abdominal: tumor ileocecal de 7 cm de diámetro

TAC abdominal: doble masa en FID. Una de 6 cm de diámetro entre asas intestinales, sólida con signos de infiltración de alguna de ellas. La otra centrada en psoas iliaco derecho.

PAAF: tumor mesenquimal fusocelular CD34+, c-kit.

Colonoscopia: compresión extrínseca en ciego.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente practicándose una incisión laparotómica amplia, se demostró un tumor sólido extradigestivo que ocupaba todo el ángulo ileocólico, se practica biopsia intraoperatoria: tumor fusocelular. Presentaba infiltración linfomatosa difusa que ocupa todo el retroperitoneo derecho englobando vasos cólicos derechos y contactando sin infiltrar el eje duodeno-pancreático. El segundo tumor englobaba en su interior los vasos arteriales y venosos ilíacos derechos, así como ureter. Se practicó resección ileocólica junto con la infiltración retroperitoneal. La pieza es enviada a anatomía patológica donde se demuestra la expresión CD34 y negatividad para actina de músculo liso, actina muscular específica, desmina, calponina, S-100, CD57, CD23 y CD117. Dada la negatividad CD117 se envía el caso al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas que demuestra una mutación puntual del exón 11 del gen c-kit apoyando el diagnóstico de GIST.

Discusión: A la hora de realizar el diagnóstico de los GIST se debe realizar un estudio inmunohistoquímico con CD117, CD34, actina desmina y proteína S-100, y es deseable valorar el índice proliferativo con Ki67.

En un porcentaje menor al 5% no se detecta inmunoposición CD117 ante estos casos con morfología de GIST es recomendable remitir el material a un centro de referencia y obligatoriamente se debe investigar posibles mutaciones en kit y, si el estudio es negativo, en PDGFRA.

Las mutaciones en c-kit se localizan fundamentalmente en los exones 9, 11, 13 y 17 del gen KIT (las mutaciones en el exón 11 son las más frecuentes encontrándose entorno al 75-80%).

No solo existen mutaciones en KIT, un 7-10% de los GIST presentan mutaciones en PDGFRA.

Técnica de Collis Nissen, a propósito de un caso

Valdivia Risco, Javier; García Navarro A, Alvarez Martín JM, Ferrón Orihuela Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hernia de hiato por deslizamiento es la causa más frecuente de ERGE y esta presente en el 75 %-90% de los casos. Este tipo de hernia carece de significación patológica, ya que se conserva la competencia de la unión esofagogastrica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la más común de las enfermedades esofágicas que se caracteriza por el paso del contenido gástrico o duodenal hacia el esófago a través del cardias, fuera del eructo o el vómito. Cuando esta sintomatología se hace muy frecuente puede producir lo que se denomina esofagitis por reflujo y dependiendo de la cronicidad y severidad del proceso, existen distintos grados de infiltración celular y fibrosis transmural lo cual puede producir una estenosis por reflujo, que suele acompañarse de acortamiento esofágico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 50 años con estenosis y acortamiento esofágico por esofagitis péptica severa secundario a enfermedad por reflujo gastroesofágico por hernia de hiato de deslizamiento. El paciente presentaba la estenosis a 35cm de la arcada dentaria y se sometió en un primer momento a dilatación hidroneumática a nivel máximo y posteriormente se le colocó prótesis biodegradable, siendo ambos procedimientos inefectivos de forma permanente, motivo por el cual lo derivan a nuestro Servicio para tratamiento quirúrgico definitivo.

Resultados: El paciente ingresa a quirófano con el diagnóstico de estenosis péptica y acortamiento esofágico por ERGE secundario a hernia de hiato de deslizamiento. Se realiza la intervención de Collis Nissen, que consiste en una funduplicatura más gastroplastia. El paciente evoluciona favorablemente, tolerando bien pro vía oral, realizándole tránsito baritado de control con buen paso de contraste, siendo dado de alta a las 72 horas de la intervención.

Conclusiones: La funduplicatura de 360° de Nissen es el procedimiento quirúrgico de elección en el tratamiento de la ERGE, siendo su eficacia a corto, mediano y largo plazo desde el punto de vista clínico, endoscópico y pH métrico no comparable con otro procedimiento y por otro lado la intervención de Collis es una gastroplastia de alargamiento esofágico a expensas de la curvatura menor gástrica diseñada sobre todo para los casos en que un esófago corto adquirido por la esofagitis no puede restituirse a la cavidad abdominal; es por eso que la solución lógica para evitar la tendencia a la retracción intratorácica de la funduplicatura de Nissen es asociar este a un alargamiento esofágico mediante la gastroplastia de Collis (Técnica de Collis Nissen), técnica de elección para el paciente antes descrito.

Tumor glómico de localización gástrica

E.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

Hospital Universitario Virgen Macarena -Sevilla, Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza.

Introducción: Los tumores glómicos son tumores de origen mesenquimatoso, que reproducen las células musculares modificadas del cuerpo glómico. Se origina en las células del

conducto de Sucquet-Hoyer, anastomosis arteriovenosa que sirve para la regulación térmica. Su localización habitual es en dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Se presentan como un nódulo único, de pequeño tamaño y doloroso en región subungueal, aunque pueden presentarse también en traquea, mediastino, uréter, vejiga y tejidos blandos.

La localización gástrica del tumor glómico es rara, suponen el 1,6% de los tumores benignos de estómago (1) y pueden alcanzar tamaños mayores que los de localización cutánea. Descrito por Masson en 1924, fueron De Busscher en 1948 y Kay en 1951 los primeros en describir el tumor glómico gástrico. Es un tumor de comportamiento generalmente benigno. Suelen ser hallazgos incidentales en el curso de una exploración digestiva

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes de valvulopatía severa mitro-aortica y tricuspídea en grado funcional III-IV que producía ascitis y dilatación de vena cava inferior y suprahepáticas, enfermedad de Gilbert, además presentaba molestias epigástricas y anemia que agravaba su insuficiencia cardíaca.

La esofagogastroscoopia detectó una tumoración en antro gástrico de aspecto polipoideo, de 4 cm de longitud por un cm de ancho, que sugería proceso maligno. La biopsia fue informada como adenoma tubulovelloso de tipo intestinal con displasia severa sin poder valorar infiltración y en la TC se evidenciaba dilatación de la vena cava y suprahepáticas, engrosamiento parietal de antro gástrico y ascitis.

Se intervino quirúrgicamente practicándole una gastrectomía parcial y anastomosis gastroyeyunal con asa en omega y Braun a pie de asa.

El curso postoperatorio transcurrió con normalidad, pero debido a su cardiopatía precisó UCI.

El estudio macroscópico de la pieza mostró una tumoración en antro, irregular y consistencia firme de 40x22mm; parte de la lesión era exofítica y polipoide. Microscópicamente aparece en la capa muscular una tumoración nodular expansiva que está constituida por células de hábito epitelio pequeñas, íntimamente relacionadas con vasos de talla pequeña.

Conclusiones: La localización gástrico del tumor glómico es rara. Afecta a adultos de todas las edades y ambos sexos por igual. Su localización más frecuente es el antro.

Pueden ser un hallazgo casual al realizar exploraciones del tracto digestivo. El síntoma más frecuente es la hemorragia por ulceración; si es yuxtapiilórico puede producir síntomas de obstrucción gástrica. El dolor epigástrico es otro de los síntomas.

Las pruebas complementarias son las mismas que para el resto de los tumores gástricos: Esfagogastroscoopia, estudio baritado, ecoendoscopia y TAC.

El tratamiento es siempre quirúrgico. La técnica quirúrgica elegida dependerá del tamaño del tumor y de su localización. Para los tumores pequeños es suficiente la nucleación incuso por vía endoscópica o la resección en cuña bien por vía abierta o laparoscópica. En los tumores de más de 3 cm se precisará algún tipo de resección gástrica.

En el caso que se presenta ante la sospecha de malignidad en la biopsia preoperatoria se realizó una gastrectomía parcial.

Hernia diafragmáticas congénitas de Bochdaleck y de Morgagni en el adulto

Valdivia Risco, Javier; Alvarez Martín, María Jesús; Vílchez Ravelo Andrea, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Tanto las hernias paraesternales como la hernia de bochdaleck se denominan hernias diafragmáticas congénitas. Las paraesternales(Morgagni), debidas a un defecto de la muscularización del diafragma ,asintomáticas por lo general son mas frecuentes en el lado derecho, suele existir un saco herniario perfectamente constituido, su contenido más habitual es el colon y el epiplón mayor y deben intervenirse siempre que se diagnostiquen y lo permita el estado general del paciente. La hernia de Bochdaleck, debido a la persistencia del conducto pleuroperitoneal, dependiendo del tamaño del orificio herniario pueden ser asintomáticas o con gran repercusión ventilatoria y hemodinámica. Son más frecuentes en el lado izquierdo, siendo su contenido habitual el intestino delgado seguido del estómago y la intervención quirúrgica es por lo general la regla en los recién nacidos con gran defecto diafragmático. La intervención correcta en ambos casos debe de realizarse por vía abdominal.

Materiales y métodos: 1º presentamos el caso de una paciente de 75 años pluripatológica, con un tiempo de enfermedad de meses de evolución que se caracteriza por la presencia de disnea de moderados esfuerzos y dolor abdominal tipo retortijón de forma intermitente que al hacer Rx de tórax de control se evidenciaba ocupación de 2/3 inferiores de hemitórax derecho por colon transverso; imágenes que se confirman en el Tac abdominal. Clínicamente la paciente evoluciona desfavorablemente por la disnea que se hace mas intensa.

2º presentamos el caso de una paciente de 48 años con antecedentes de osteoporosis y fibromialgia que al hacer un angiotac torácico por edema de miembro inferior se evidencia hernia diafragmática gigante con intestino grueso y bazo en su interior.

Resultados: La primera paciente se diagnostica de hernia de Morgagni y se decide la intervención de forma urgente por el mal estado general, realizándose por vía abdominal incisión subcostal derecha ampliada sobre cicatriz previa de colecistectomía, reparación de la hernia identificación del saco herniario por completo y colocación de malla de polipropileno en el defecto diafragmático. La evolución postoperatoria es favorable desde el punto de vista quirúrgico siendo dada de alta a los 7 días de la intervención.

La segunda paciente se diagnostica de hernia de Bochdaleck y se decide la intervención de forma programada, realizándose por vía abdominal técnica laparoscópica, reducción de asas herniadas de intestino delgado, colon transverso y bazo y cierre del defecto diafragmático con puntos sueltos y posterior colocación de malla de doble cara. La evolución postoperatoria es favorable desde el punto de vista quirúrgico siendo dada de alta a los 4 días de la intervención.

Conclusiones: Si bien este tipo de hernias se denominan congénitas por su etiología y la edad de presentación mas frecuente, no hay que dejar de hacer diagnostico diferencial en pacientes adultos, con disnea o dolor abdominal de forma crónica sin otra causa que lo explique; y una vez que se llega al diagnóstico, plantearse la intervención quirúrgica dependiendo del paciente que tengamos al frente.

Mejora de las comorbilidades tras gastrectomía tubular

Jorge J, Paz A, G Navarro A, Álvarez MJ, Segura M, González F, Mansilla A, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la evolución de las morbilidades asociadas a la obesidad tras gastrectomía tubular, como técnica en Cirugía Bariátrica.

Material y métodos: Se analizó una base de datos prospectiva y específica de obesidad mórbida, sobre pacientes sometidos a gastrectomía tubular. Los pacientes fueron seleccionados por criterios de alto riesgo según indicaciones internacionales, en el marco del protocolo multidisciplinar implantado en nuestro centro desde el año 2004. El período de reclutamiento se estableció desde marzo de 2005 a mayo de 2008. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de la mejoría y resolución de la hipertensión arterial (HTA), la diabetes (DM) y el Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), tras un seguimiento máximo de 6 años.

Resultados: De los 45 pacientes de la serie, 15 (34%) sufrían SAOS, 12 casos (27%) padecían DM y se encontró HTA en 28 pacientes (68%). Al final del seguimiento, el SAOS alcanzó mejoría en un 20% y resolución total en un 70%; la tasa de DM mejoró en un 42% y se encontró resolución en un 57%. En cuanto a la HTA, mejoraron el 16% y se curó el 30%; no hubo cambios en un 45%.

Conclusiones: La gastrectomía tubular, como técnica de Cirugía Bariátrica, ha demostrado que mejora o resuelve las comorbilidades asociadas a la obesidad.

Adenocarcinoma de esófago inferior sobre Esófago de Barrett

J Jorge, Paz A, G Navarro A, Álvarez MJ, Segura M, Gonzalez F, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Esófago de Barrett es un epitelio columnar metaplásico que predispone al adenocarcinoma del esófago inferior. Este epitelio es adquirido a consecuencia de un reflujo ácido y/o alcalino crónico. Sin embargo poco estudios documentan la historia natural de la displasia, por lo que el ritmo al que avanza la metaplasia a displasia y posteriormente a cáncer es aún desconocido.

Presentamos un caso de adenocarcinoma esofágico inferior de bajo grado, sobre un esófago de Barrett, y discutimos sobre la idoneidad del seguimiento endoscópico de los pacientes con metaplasia.

Paciente y método: Paciente varón de 45 años, fumador, con clínica de reflujo gastroesofágico de años de evolución controlado con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) a demanda. Se realizó un endoscopia digestiva alta evidenciando una mucosa esofágica inferior compatible con esófago de Barrett y una lesión distal compatible con neoplasia. La biopsia informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La ecoendoscopia objetivó una lesión que infiltraba la submucosa (T1bNoMo).

Se intervino con la intención de realizar una esofagectomía distal transhiatal. Se mandó el borde superior esofágico

para análisis anatomopatológico intraoperatorio, que informaron de afectación por displasia de alto grado. Se decidió realizar esofagectomía subtotal con anastomosis cervical (figura 1 y 2)

Resultados: La evolución fue satisfactoria en el postoperatorio inmediato, procediendo al alta en el octavo día. El paciente padeció disfonía y alteraciones de la deglución de carácter leve durante 3 meses, las cuales remitieron.

Conclusiones y discusión: La estimación de la incidencia del adenocarcinoma del esófago inferior, en pacientes con esófago de Barrett es de 5? por persona y año. Para pacientes con alto grado de displasia la incidencia es el doble. Un paciente con metaplasia tiene 30 veces más posibilidades de tener un adenocarcinoma del esófago inferior que una persona normal. En general, el riesgo de padecer cáncer de esófago sobre Barrett es bajo.

Ningún estudio bien diseñado ha demostrado la fiabilidad de la vigilancia, mientras que una serie de informes han documentado el desarrollo de tumores malignos incurables, en algunos pacientes a pesar de la adhesión a los programas de vigilancia endoscópica. Sin embargo, diagnóstico en estadio precoz mejora la supervivencia a 5 años. La guía 2011 de la AGA (American Gastroenterological Association), recomienda el seguimiento endoscópico de los pacientes con Barrett cada 3-5 años si no hay displasia, cada 6-12 meses si la displasia es de bajo grado, y cada 3 meses si la displasia es de alto grado. Una alternativa en éstas es realizar procedimientos de exéresis o ablación endoscópica (resección endoscópica de la mucosa, radiofrecuencia o terapia fotodinámica).

Hernia de hiato con necrosis de esófago distal

J Jorge, Paz A, Segura M, Muñoz N, Álvarez MJ, G Navarro A., Gonzalez F, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentamos un caso de perforación del esófago distal en una paciente con una hernia de hiato complicada.

Paciente y método: Mujer de 71 años, con antecedentes hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal leve y hernia de hiato de años de evolución en tratamiento con IBPs. Acudió a urgencias por un cuadro de dolor epigástrico continuo que refería como ardores, de 3 días de evolución, aumento del reflujo gastroesofágico y vómitos oscuros en posos de café. A la exploración mantenía un buen estado general, constantes mantenidas, con leve molestia abdominal epigástrica sin signos de peritonismo. La analítica mostraba leucocitosis de 17000/mm³, LDH y CPK normales, y un potasio 2.85 mEq/L. La gasometría venosa traducía una alcalosis metabólica secundaria a la pérdida emética y un láctico normal. Se realizaron Rx torácica (figura 1) y una TAC toracoabdominal (figura 2) que mostraba una hernia de hiato con gran parte del estómago rotado en sentido axial hacia el tórax, provocando una estenosis a nivel del defecto diafragmático en el cuerpo gástrico, y una dilatación retrógrada secundaria.

Se decidió intervención quirúrgica, encontrando tras diseccionar el saco herniario, una necrosis del esófago inferior con una perforación de 2cm en la cara anterior, y salida de abundante material gástrico con restos necróticos y sangre digerida. En

la disección quedó abierta la pleura izquierda que se cerró. Se decidió una esofagectomía distal con cierre esofágico a la altura de la carina, cierre gástrico en fundus, sonda nasogástrica de drenaje esofágico, yeyunostomía de alimentación en primera asa yeyunal y dos drenajes tipo jBlake®B en mediastino. Intraoperatoriamente se comenzó a administrar drogas vasoactivas a dosis bajas por disminución de la tensión arterial sin respuesta a volumen.

Resultados: Actualmente en el octavo día postoperatorio, recuperándose del proceso séptico mediastínico (figura 4) en la Unidad de Reanimación, extubada, sin soporte vasoactivo, con una buena función renal, y un descenso progresivo de los parámetros analíticos de sepsis. Se comenzó con nutrición enteral a las 24 horas tras la intervención.

Conclusiones: Necrosis aguda del esófago, también llamado esófago negro (figura 5) es una rara entidad que representa las alteraciones isquémicas del tercio distal del esófago, en respuesta a disminuciones en el riego sanguíneo a ese nivel y lesiones por reflujo gástrico intenso por dificultad del vaciamiento gástrico. El contexto clínico suele estar en relación con situaciones de bajo gasto en pacientes con patología vascular de base. La perforación del esófago se presenta en un 7% de los casos, debido a la necrosis de toda el espesor de la pared esofágica. Esto puede determinar situaciones de sepsis grave y shock secundario a mediastinitis, abscesos mediastinitis o empiema. En nuestro caso, la perforación se encontraba encubierta por el saco peritoneal, con lo que la mediastinitis y el shock séptico se presentaron en el postoperatorio. El tratamiento es quirúrgico de carácter urgente, se aconseja esofagectomía con reconstrucción diferida.

GIST duodenal: a propósito de un caso

María Sol Zurita Saavedra, Adela Sáez Zafra, Diego Rodríguez Morillas, Manuel López-Cantarero Ballesteros, Jose Antonio Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: Presentar un caso clínico sobre un tumor de GIST (tumor estromal gastrointestinal), localizado a nivel duodenal y realizar una revisión bibliográfica sobre esta patología.

Material y métodos: Paciente mujer de 77 años de edad con antecedentes de intervención de bocio multinodular tóxico y colecistectomizada, que es atendida en el servicio de Urgencias por presentar un cuadro de hemorragia digestiva alta sin compromiso hemodinámico. Es ingresada a cargo del servicio de Digestivo para estudio, realizándose las siguientes pruebas complementarias: Gastroduodenoscopia: donde se visualiza gran pólipo sésil que ocupa la luz de la segunda porción del duodeno, a nivel de la papila mayor, en cara postero-interna, sin evidencia de sangrado activo, colonoscopia: sin hallazgos significativos, tránsito duodenal: se aprecia lesión submucosa, compatible con posible leiomioma o lipoma y TAC Abdominal: destaca una masa que ocupa la segunda-tercera porción duodenal.

La enferma durante el ingreso no presenta signos de obstrucción abdominal ni de ictericia. No obstante, se decide intervención quirúrgica de forma programada debido a la disminución progresiva de las cifras de hemoglobina. La intervención se realiza mediante laparotomía media supraum-

bilical, apreciándose una masa extra e intraluminal, que ocupa la 2º-3º porción duodenal. Se realiza extirpación de la misma con parte de mucosa sana y cierre de duodeno en dos planos de forma manual.

Resultados y Conclusiones: El postoperatorio transcurre de forma favorable, y la paciente es dada de alta a los 12 días tras la intervención. La anatomía patológica de la pieza informó de tumor estromal GIST (no apreciándose proceso tumoral maligno). Se completa con estudio inmunohistoquímico: intensa positividad para CD117 y más focalmente para CD34.

En la actualidad se denomina tumor de GIST a los tumores mesenquimales CD117 positivos, fusiformes o epiteloideos, primarios del tracto digestivo, mesenterio y retroperitoneo. Es el sarcoma más frecuente del tracto gastrointestinal y supone el 2% de tumores a este nivel, pero son el 80% de los sarcomas gastrointestinales. En cuanto a la presentación clínica, cuando son pequeños suelen ser asintomáticos hasta en un tercio de los casos y si causan síntomas éstos son por compresión a estructuras vecinas. Los que se localizan en el tracto gastrointestinal pueden ulcerarse y sangrar, de aquí que la anemia y los síntomas constitucionales pueden también presentarse. En cuanto a su localización, la mitad de los casos ocurren en el estómago y un 10% en el colón. Sin embargo queda un 25% que ocupa el ID por lo que su diagnóstico se dificulta. La ecografía suele ser la técnica inicial de diagnóstico en muchos pacientes con tumores GIST. Algunos, aparecen en estudios de endoscopia como tumores submucosos, con o sin ulceración de la mucosa. En caso de observar una de éstas, es necesario realizar una ecoendoscopia. Pero es el TAC con contraste, el método de elección en pacientes con sospecha de masa abdominal. Por último, respecto al tratamiento de este tipo de tumores, la cirugía es el principal tratamiento en tumor resecable, aunque también existen tratamientos médicos para casos de enfermedad avanzada.

Como conclusión, la importancia de este caso radica en la rareza de este tipo de tumor por su localización a nivel duodenal, así como su presentación clínica que determinó la actitud terapéutica a seguir.

Recidiva de un tumor de Gist a los 22 años.

Zoe De Julian Fdz-Cabrera, María Gacía Ávila, Cristina Lopez Gonzalez, Gaszmen Krasniqui, Carlos Nieto

Hospital Virgen de la salud. Toledo

Introducción: El GIST (gastrointestinal stromal tumor) es el tumor mesenquimal más frecuente del tracto digestivo, proceden de las células intersticiales que se sitúan en el plexo mientérico. La mayoría de los GIST cuentan con el protooncógeno c-KIT activado lo que conlleva una sobreexpresión de la glicoproteína KIT que impide la apoptosis celular. Existen tres tipos de comportamiento biológico según su grado de agresividad que varía en relación al tamaño y el índice mitótico. Este grupo de tumores son aún un gran desconocido, poco a poco el conocimiento de su base genética va permitiendo el desarrollo de nuevas líneas de tratamiento.

Material y métodos: (1985) Mujer de 35 años asintomática remitida por su ginecólogo al encontrar en un estudio ecográfico una tumoración abdominal localizada en hipocondrio derecho de gran tamaño. El hallazgo durante la intervención es de una tumoración bilobulada de 15x6cm en la transcavidad de los epi-

plones dependiente de la parte posterior gástrica (cuerpo gástrico), realizándose gastrectomía atípica con margen de 2 cm respecto al pedículo tumoral. La A.P. Es informada de tumoración que afecta a la submucosa de pared gástrica, sin afectar a la mucosa, diagnosticándolo de leiomioblastoma.(2008) La misma paciente, ahora con 57 años, acude a consulta de cirugía general presentando una tumoración abdominal. La última tomografía realizada en el seguimiento fue en 1996. En la TAC se observan dos grandes masas mesentéricas de 17x5 y 13x9 cm respectivamente, quísticas con polos sólidos realzados con contraste, hallazgos en relación con recidiva de GIST. La paciente fue intervenida quirúrgicamente encontrando dos tumoraciones de 15 y 10 cm situadas en la transcavidad de epiplones, con vascularización dependiente del mesocólon transversal y adherencias laxas a estructuras de la vecindad, y otra tumoración de 3 cm alojada en epiplon menor sin dependencia del estómago. Se remiten para estudio intraoperatorio varias adenopatías agrandadas con AP de benignidad. Se realizó colectomía transversal que incluye en su meso las masas tumorales, extirpación de la tumoración situada en curvatura menor.

Conclusión: El comportamiento de este tipo de tumores es muy variable pudiendo llegar a malignizar. Aunque el periodo de mayor recurrencia local son los cinco primeros años, en este caso podemos ver que la recurrencia a largo plazo es posible.

Sería recomendable el seguimiento periódico a largo plazo mediante TAC en aquellos pacientes que hayan padecido de un GIST, aún con riesgo bajo de recidiva. El único tratamiento establecido para el GIST es la cirugía tanto en su debút como en la recidiva siendo estos tumores muy resistentes a tratamientos químo y radioterápicos.

Obstrucción intestinal por brida producida por ligamento redondo hepático

Ruiz Zafra Alfonso, Mauricio Alvarado Cristian, Valdés Hernández Javier

HUV Macarena. Sevilla

Introducción: La obstrucción intestinal (OI) puede ser una emergencia quirúrgica, se produce en un 76% de los casos en el intestino delgado y en un 65% está producida por adherencias intraabdominales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 69 años sin antecedentes quirúrgicos, que acudió a urgencias de nuestro hospital con cuadro de obstrucción intestinal que requirió de intervención quirúrgica urgente donde se apreció como causa de la obstrucción, una brida causada por el ligamento redondo hepático.

Conclusiones: La formación de bridas producidas por el ligamento redondo puede ser una rara causa de obstrucción intestinal que precisa de procedimiento quirúrgico urgente

Adenocarcinoma sobre fístula crónica en paciente con enfermedad de Crohn.

C. Jordán Chaves, J. Cañete Gómez, I. Ramallo Solís, J. J. Segura Sampedro, V. Sojo, A. Muñoz Ortega, F. de la Portilla, J.M. Sánchez Gil, Padillo J.

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las fístulas anorrectales son una manifesta-

ción común de la enfermedad de Crohn (EC). Si bien la asociación entre cáncer colorrectal y enfermedad de Crohn está en torno al 5 % ha sido bien establecido, el riesgo de padecer un carcinoma sobre fístula es aún menor.

Material y métodos: Presentamos un caso de un varón de 51 años, con EC desde hace 32 años.

Debut inicial de la enfermedad: ileitis severa que requirió cirugía resectiva por fracaso del tratamiento médico, años más tarde, comienza con una afectación severa perineal que por propia iniciativa el paciente decide no tratar. Sin embargo, a causa de marcado empeoramiento del periné, acude a consulta objetivándose múltiples orificios fistulosos externos a nivel perineal, edema y empastamiento de la zona. Se solicita una resonancia nuclear magnética donde se objetiva colección en hemipelvis derecha de 10x10x9 cms junto a varios trayectos supra e infraelevadores que se abren en superficie cutánea de región interglútea y perianal.

Resultados: En el mismo acto se realiza drenaje quirúrgico de los abscesos, legrado-biopsia de los trayectos fistulosos, colocación de sedales y colostomía derivativa laparoscópica.

El resultado histológico del material de legrado es informada como adenocarcinoma mucinoso de bajo grado, por lo que se decide nueva intervención quirúrgica con el fin de practicar amputación del recto y periné amplia, con todos los trayectos fistulosos en bloque.

Durante la proctectomía se evidencia una invasión de cara posterior de vejiga por una tumoración que se extiende hasta periné siendo necesaria exenteración pélvica.

El examen anatomopatológico fue de adenocarcinoma mucosecretor moderadamente diferenciado sobre fístula profunda, que afecta a musculatura perianal y partes blandas adyacentes, sin afectación de ganglios linfáticos, e invasión tumoral de pared vesical con afectación transmural: T4bN0 (Estadio IIC).

Conclusiones: La incidencia de malignización de las fístulas en pacientes con EC es del 0,7%. Se ha sugerido como causas de su origen: la constante regeneración de la mucosa en las fístulas crónicas los inmunosupresores o incluso el virus del papiloma humano.

La mejor forma para el diagnóstico precoz debe ser tener un alto grado de sospecha de carcinoma en los pacientes con enfermedad de Crohn con fístulas complejas, que no responden a tratamiento o que presenten intenso dolor.

Cuadro de obstrucción intestinal por hernia estrangulada a través de orificio de trocar en el postoperatorio temprano de apendicectomía laparoscópica.

J.A. Díaz Milanés, F. Sandoval, A. Nogales, I. Sánchez Matamoros, A. Pérez Sánchez, M.L. Reyes, J. Cintas, B. Martín, A. Curado, M. Retamar, J.M. Ortega, F. Oliva
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Apto. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La eventración de los orificios de los trócares es la más frecuente complicación de la cirugía laparoscópica. Presentamos un caso de obstrucción intestinal por estrangulación de intestino delgado causada por herniación de asa de

intestino delgado a través de orificio de trocar a las 36 horas de realizar una apendicectomía por vía laparoscópica.

Material y método: Presentamos a continuación el caso de una mujer de 34 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias presentado dolor abdominal focalizado en fosa iliaca derecha de 24 hs de evolución acompañado de vómitos y fiebre de hasta 38,5 °C. A la exploración se evidencia abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha (punto de Mc Burney), con defensa en dicho nivel, signo de Blumberg positivo, signo de Rovsing negativo y signo del psoas negativo. Ante la clínica compatible con apendicitis aguda se decide su ingreso en observación y se solicitan control analítico y ecografía abdominal. En la ecografía se evidencia apéndice engrosada con afectación de la grasa periapendicular y líquido libre acompañado de una leucocitosis con neutrofilia, confirmándose el diagnóstico de apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica utilizando un trocar de 11 mm de diámetro en posición umbilical, otro de 12 mm en fosa iliaca izquierda y uno de 5 mm suprapúbico. Se realiza apendicectomía sin incidencias y cerrando solamente el orificio umbilical. La paciente evoluciona favorablemente y marcha de alta a las 24 hs de postoperatorio con buen estado general, afebril y tolerando dieta.

A las 12 horas de ser dada de alta, la paciente acude de nuevo a urgencias por presentar intenso dolor en fosa iliaca izquierda acompañado de malestar general, náuseas y vómitos. A la exploración se aprecia tumoración en orificio de trocar localizado en fosa iliaca izquierda. Ante la sospecha de hernia complicada a través de orificio de trocar se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose así de intestino delgado estrangulado con signos de isquemia reversible. Se libera el asa y se reduce a cavidad haciendo un cierre primario del orificio del trocar.

Resultados y conclusiones: La revisión de la literatura nos ha permitido observar que la incidencia de las eventraciones a través de orificio de trocar no es nada desdeñable y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de llevar a cabo un abordaje laparoscópico. El diámetro del orificio del trocar es un factor esencial en la etiopatogenia de este cuadro clínico, estando indicado el cierre por planos de todos aquellos orificios que superen los 10 mm de diámetro o de cualquier tamaño en los pacientes obesos, diabéticos o mayores de 60 años, con el fin de evitar complicaciones como las descritas en el caso presentado.

Vólvulo total de intestino delgado en el adulto.

Dra. Retamar Gentil, Dr. del Río Lafuente, Dra. Marengo de la Cuadra, Dra. Martín Pérez, Dr. Oliva Mompean
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal comprendiendo una serie de anomalías posicionales del intestino. Ocurre en 1 por cada 500 nacimientos. Del 75% al 90% durante el primer año de vida, siendo el diagnóstico en la edad adulta poco frecuente.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 28 años que acude a Urgencias por epigastralgia de tres meses de evolución intensificada en las últimas 48 horas acompañado

de vómitos y sudoración. Se realiza Laparotomía exploradora encontrando vólvulo total de intestino delgado.

Resultados: Revisamos la literatura, encontrando escasos casos publicados de malrotación total en el adulto. En la laparotomía exploradora se encuentran bandas fibrosas, conocidas como bandas de Ladd, que fijan de forma anómala el intestino al retroperitoneo. Se realiza la intervención de Ladd, que consta de 5 pasos definidos.

Conclusiones: Debido a la rara incidencia de esta enfermedad en pacientes adultos, y a la gravedad del cuadro clínico que conlleva, es necesario que se conozcan los signos que hacen sospecharla y aplicar el correcto tratamiento quirúrgico (procedimiento de Ladd).

Hallazgo incidental de mucocele apendicular

Almudena Moreno, Jacob Motos, Vanesa Maturana, Alvaro Morales, Elena Yague, Orlando Fuentes, Diego Rodriguez CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: El mucocele apendicular incluye un grupo de lesiones caracterizadas por la presencia de un apéndice distendido relleno de moco. Se trata de una patología de aparición infrecuente, constituyendo el 0,2%-0,4% de apendicetomías, siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%)

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes personales de diabetes, dislipemia. Consulta en el servicio de Urgencias por presentar dolor en fosa iliaca derecha de 48 h de evolución que aumenta con los movimientos, hábito intestinal estreñido y fiebre. Presenta una exploración clínica compatible con proceso apendicular agudo. Se le realiza una ecografía que es informada como líquido libre con aumento de ecogenicidad del meso en FID. Área hipoecoica adyacente y caudal al ciego de 5 x 2, 7 cm y otra más medial de 2,2 x 3 cm íleon con engrosamiento de pared y disminución del peristaltismo.

Como hallazgos intraoperatorios podemos destacar 2 tumoraciones de unos 4 y 3 cms que ocupaban casi la totalidad del apéndice y que contienen moco, base no afecta. Se realizó apendicetomía simple. El periodo postoperatorio transcurrió sin incidencias. El diagnóstico histopatológico fue el de mucocele simple apendicular.

Discusión: La importancia del mucocele apendicular está relacionada con su potencial malignidad y puede influir en su enfoque quirúrgico. Los maciceles primarios del apéndice pueden ser clasificados de acuerdo con sus características histopatológicas: mucocele simple, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudomixoma peritoneal en fases avanzadas.

Su presentación clínica suele ser muy inespecífica, variando desde formas totalmente asintomáticas a cuadros similares a una apendicitis aguda, masa palpable, hemorragia digestiva y menos frecuentemente manifestaciones urológicas.

Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o un procedimiento endoscópico en un 23-50% de los casos. El diagnóstico resulta difícil por la inespecificidad de los síntomas y a pesar de las técnicas de imagen, de tal forma que más de un 60% de los casos son diagnosticados tras la cirugía.

El TAC abdominal permite visualizar la lesión así como la afectación de los órganos próximos, siendo más específica y segura para el diagnóstico.

La mayoría de los autores consideran que el tratamiento quirúrgico es el de elección, resultando fundamental la exéresis del tumor; sin embargo no existe acuerdo respecto a la cirugía más adecuada. Generalmente suele ser suficiente una apendicetomía, salvo en los casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se prescribe una hemicolectomía derecha. La laparoscopia parece tener una tasa más elevada de resección inadecuada, además de que el neumoperitoneo y la tracción de la pieza a través de la pared abdominal pueden contribuir a una diseminación peritoneal del material mucinoso, por lo que es de elección la vía abierta. Es necesario llevar a cabo una exhaustiva exploración por la asociación entre mucocele apendicular y tumores gastrointestinales, principalmente el de colon.

Apéndice cecal como causa de obstrucción intestinal

Martín Pérez, B; López Ruiz, J; Curado Soriano, A.; Sánchez Moreno, L.; Reyes Díaz, ML.; Díaz Milanés, JA; Cintas Catena, J.; Ortega Beviá, J; Oliva Mompeán, F.

Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Cirugía General y A. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La obstrucción intestinal es una emergencia quirúrgica muy común causada por diversas etiologías, como bridas postquirúrgicas, tumores o en casos de enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras. La estrangulación del intestino causada por la inflamación crónica del apéndice o la apendicitis aguda es una causa extremadamente rara de obstrucción intestinal con pocos casos descritos en la literatura. El diagnóstico suele ser intraoperatorio. La TAC puede ser muy efectiva en el diagnóstico etiológico de la obstrucción intestinal aunque no debe posponerse el tratamiento quirúrgico para realizar pruebas complementarias si existen signos de peritonismo. Presentamos un caso de obstrucción intestinal causado por la constricción de la válvula ileocecal por el apéndice.

Material y métodos: Mujer de 66 años con antecedentes de lumbociatalgia, osteoporosis e hiperparatiroidismo primario e intervenida de paratiroidectomía, en tratamiento domiciliario con mórficos. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución, más intenso en hemiabdomen derecho, acompañado de náuseas y vómitos, sin estreñimiento y sin fiebre. A la exploración, la paciente presenta buen estado general, está estable hemodinámicamente y el abdomen está distendido, timpánico, sin signos de peritonismo y con ruidos hidroaéreos disminuidos. En la analítica no encontramos leucocitosis (leucocitos $9.7 \times 10^3/\mu\text{l}$) y el resto de parámetros se encontraban dentro de la normalidad (hemoglobina 14.9 g/dl, plaquetas $234 \times 10^3/\mu\text{l}$), destacando únicamente PCR 15.1 y pH 7.529. Se realiza TAC abdomen con contraste intravenoso que informa de dilatación de asas de intestino delgado con contenido fecaloideo, escasa aireación del colon, líquido libre en cantidad significativa, asas de intestino delgado laterales a la flexura esplénica del colon y al colon derecho, con imagen del remolino y estiramiento de vasos mesentéricos que junto a la posición de vena mesentérica con respecto a la arteria, son hallazgos compatibles con malposición/malrotación de asas intestinales con hernia interna bilateral y signos de obstrucción intestinal. Ante la

sospecha de malrotación intestinal se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: Se practica una laparotomía media supraumbilical. Al explorarse la cavidad, se encuentra una dilatación de asas de intestino delgado desde el ángulo de Treitz hasta íleon distal, donde se evidencia un anillo de constricción alrededor de la válvula ileocecal creado por el propio apéndice. Se procede a la adhesiolisis, a la apendicetomía, se coloca un drenaje de penrose y se procede al cierre por planos.

La paciente presentó una buena evolución postoperatoria. Se inició la tolerancia oral al cuarto día postoperatorio y fue dada de alta al octavo día postoperatorio, presentando como única complicación una infección de orina. La anatomía patológica informó de hiperplasia folicular linfoide.

Conclusiones: La apendicitis aguda se presenta raramente con la clínica de obstrucción intestinal de intestino delgado. Otras causas poco frecuentes de obstrucción intestinal son las bandas congénitas, sobre todo en la edad pediátrica, el divertículo de Meckel, tumores apendiculares, torsión de apéndice epiploico, intususpección del apéndice, endometriosis ileal, divertículo apendicular, etc. La obstrucción intestinal es una complicación rara y peligrosa de una patología muy frecuente como es la apendicitis que se debe tener en cuenta a la hora de la intervención.

Perforación apendicular por *Áscaris lumbricoides*

José Jacob Motos Micó; Alvaro Morales Gonzalez; Almudena Moreno Serrano; Vanessa Maturana Ibañez; Elena Yagüe Martín; Guillermo Verdejo;

C.H. Torrecárdenas. Almería

Introducción: La infección por *Ascaris lumbricoides* es cosmopolita, pero se observa con máxima frecuencia en los trópicos, zonas con deficientes condiciones sanitarias y lugares donde se usan heces humanas como fertilizante

La mayoría de las infecciones por *Ascaris lumbricoides* es asintomática. Las infecciones de moderadas a intensas pueden provocar desnutrición y algunos pacientes presentan síntomas gastrointestinales inespecíficos. En caso de infecciones intensas puede haber obstrucción intestinal aguda.

Los niños son proclives a esta complicación debido al pequeño diámetro de la luz intestinal y la gran cantidad de helmintos. La migración de los helmintos puede provocar peritonitis, por penetración de la pared intestinal. Nuestro objetivo es presentar un caso de perforación apendicular por *ascaris lumbricoides*, atendido en uno de los proyectos de cooperación de Medicus Mundi Andalucía en Sta. Cruz de la Sierra (Bolivia).

Pacientes y métodos: Niño de 5 años de edad que ingresa por cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución acompañado de estado nauseoso, vómitos e importante distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. Presenta una radiografía simple de abdomen con niveles hidroaéreos, edema interasa, dilatación de asas en intestino delgado. Las pruebas de laboratorio se caracterizan por eosinofilia y 25,000 leucocitos.

Resultados: El paciente se traslada a quirófano para intervención quirúrgica con diagnósticos preoperatorios de : apendicitis aguda/oclusión intestinal/perforación intestinal.

Se realizó laparotomía exploradora encontrando cuerpo de áscaris lumbricoides en movimiento parcialmente fuera de apéndice vermiforme con perforación de la misma. Se realiza apendicectomía con extracción del parásito,

El niño evolucionó favorablemente sin complicaciones, y fue dado de alta al 5º día postoperatorio.

Conclusiones: Generalmente la ascariasis es asintomática o puede presentarse con molestias abdominales vagas, siendo muy rara la presentación como obstrucción intestinal. Sin embargo, el 85 por ciento de las obstrucciones ocurren en niños de regiones endémicas entre las edades de uno a cinco años.

Triple invaginación intestinal en un adulto por divertículo de Meckel invertido

Guerra Bautista JA., Gómez García A., Mendizabal Rosales L., Novales Vasco G., Segovia Cornejo E., Mena Raposo J.
Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: Sólo el 5% de las invaginaciones intestinales diagnosticadas se dan en el adulto. Si además, la cabeza de la intususcepción es un divertículo de Meckel y si éste además está invertido, el caso reviste cierta rareza. El caso es excepcional si durante la laparotomía exploradora evidenciamos que el mismo segmento intestinal se ha invaginado hasta tres veces, precisando otras tantas reducciones, y siguiendo un sentido de distal a proximal, distinto como ocurre normalmente. Se aporta iconografía demostrativa.

Caso clínico: Varón de 22 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de vómitos, diarreas y dolor cólico mesogástrico recurrente de dos meses de evolución. Valorado por Digestivo con endoscopia oral y tránsito baritado normales. Ingresa de urgencias por intensificación del dolor e irradiación a epigastrio. Abdomen blando con ruidos aumentados. Neutrofilia y discreto aumento de la PCR. Ecografía abdominal: Imagen supravescical de donut que presenta varias capas concéntricas de pared intestinal y mínima cantidad de líquido libre. TAC abdomen: Invaginación de intestino delgado de 10cm de longitud y 4cm de grosor. Se indica intervención quirúrgica, practicándose desinvaginación de íleon en tres procesos y resección mecánica de divertículo de Meckel causante. El estudio histológico confirma divertículo evertido de configuración sacular.

Discusión: La invaginación intestinal se define como el telescopaje de un segmento intestinal proximal con su meso, generalmente móvil, dentro de la luz de otro segmento distal, generalmente fijo a retroperitoneo o adherencias. El 90% de las invaginaciones intestinales del adulto no son idiopáticas y se deben a otra enfermedad subyacente, aproximadamente la mitad de ellas malignas. No tienen predilección de género y afecta a individuos en edades medias de la vida. Son algo más frecuentes las ileocólicas o colocolólicas. Cuando implican al colon en pacientes no jóvenes hay que sospechar malignidad. Las cabezas de invaginación pueden deberse a lipoma, polipo inflamatorio, adenocarcinoma, linfoma, divertículo de Meckel, Enf. Crohn, celiaquía, adherencias, metástasis, etc. El diagnóstico etiológico de invaginación preoperatorio no es lo habitual. El dolor abdominal es prácticamente constante. En estadios avanzados presenta semiología de obstrucción e isquemia intestinal. El examen diagnóstico de elección es la

TAC. El debut de un divertículo de Meckel invertido es habitualmente la intususcepción, pero el motivo de la inversión es independiente ya que se debe a un inadecuado drenaje de secreciones secundario a irritación o inflamación por otra causa. El triple telescopaje indica el número de segmentos de intestino invaginados e implica que esté integrado por siete cilindros. El tratamiento de elección para la invaginación intestinal en adultos es quirúrgico, recomendándose actualmente resección en bloque y sin reducción para localizaciones en colon, y en intestino delgado a partir de edades medias de la vida. La resección tras reducción en intestino delgado está indicada en jóvenes.

Carcinoma neuroendocrino intestinal multifocal

Guerra Bautista JA., Hernández Ollero ME., Moalla Massa AK., Muñoz Boo JL., Gómez García A., Mena Raposo J.
Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo pueden dividirse en tumores de bajo grado o carcinoides (la mayoría, y de buen pronóstico), o de alto grado o carcinomas neuroendocrinos (de células grandes o pequeñas, y normalmente con metastatización al diagnóstico). El carcinoma neuroendocrino representa sólo el 0.3% de los cánceres colorrectales, siendo la variante más agresiva de todos ellos. Parece derivar de las células del sistema APUD y precisa de estudios inmunohistoquímicos para su diagnóstico histológico.

Caso clínico: Mujer de 52 años seguida en consulta de Digestólogo por hepatopatía enólica. Refiere trastorno del hábito intestinal con tendencia a la diarrea. Presenta hemograma y marcadores tumorales normales, sangre oculta en heces negativa y elevación de la PCR. Se practica colonoscopia donde se aprecia ulceración y edema de la válvula ileocecal. El estudio histológico determina tumor neuroendocrino: nidos de células uniformes en patrón organoide con positividad para cromogranina A, enolasa neuroespecífica y sinaptofisina. En TAC de estudio de extensión se aprecia masa de partes blandas en el espesor de la grasa mesentérica en fosa iliaca derecha, de márgenes irregulares y con calcificaciones en su interior, y que engloba pared medial del ciego, válvula ileocecal y asa de íleon distal. Adenopatías retroperitoneales. Se practica hemicolectomía derecha. El informe anatomopatológico definitivo confirma carcinoma neuroendocrino multifocal moderadamente diferenciado, de 2.2cm, que afecta a ciego, apéndice, válvula ileocecal e íleon Terminal, con presencia de permeación vascular linfática y once de doce ganglios positivos. Índice de proliferación celular Ki67: 5%. La paciente lleva 6 semanas de seguimiento en el momento de envío de esta comunicación.

Discusión: Los carcinomas neuroendocrinos no difieren en su presentación clínica ni radiológica del resto de tumores malignos colorrectales, asentando en individuos adultos con una edad media de 55-60 años, y sin predilección por ninguno de los sexos. Asientan por este orden en colon, recto, canal anal y apéndice cecal. Aunque se piensa que pueden liberar mediadores al torrente sanguíneo, no suelen presentar síndromes carcinoide o paraneoplásico. La biopsia preoperatoria da el diagnóstico en menos del 60% de los casos. Inmunohistoquímicamente suele haber positividad para los tres marcadores neuroendocrinos presentes en nuestra biopsia preoperatoria.

La presencia de metástasis regional o a distancia (hígado más frecuente) al momento del diagnóstico es del 69%. La supervivencia a los 3 años es del 13%, sin existir diferencias significativas entre los subtipos de célula grande y pequeña. Se consideran factores de peor pronóstico tamaño >2cm, Ki67>2, afectación de intestino delgado, grado de invasión y necrosis, e índice de mitosis. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, proponiéndose la quimioterapia adyuvante, y a veces la radioterapia, como factores para alargar la supervivencia de los pacientes.

Abdomen agudo por perforación de divertículo yeyunal

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibañez, Esteban Montoya Gimenez, Alvaro Morales, Jacob Motos, Manuel Ferrer

CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: Los divertículos de yeyuno e íleon son poco frecuentes. Se estima que su prevalencia es del 0,1-2,3% y suponen alrededor del 1% de la enfermedad diverticular. Permanecen asintomáticos en el 60-70% de los casos, y causan síntomas o complicaciones quirúrgicas en el 10-19%. Se presentan con mayor frecuencia en varones en la sexta o séptima décadas de la vida. En general son múltiples, de localización yeyunal, cercanos al ángulo de Treitz y con frecuencia se asocian a divertículos en otras localizaciones.

Caso clínico: Varón de 54 años con antecedentes personales de colitis ulcerosa con varios brotes que han requerido tratamiento con corticoides e inmunosupresores, infección crónica por VHC no tratado, hernia hiatal. Derivado de la unidad de críticos por dolor abdominal generalizado de inicio brusco y de gran intensidad, de varias horas de evolución, acompañada de vómitos. En la exploración física se objetiva palidez cutánea, signos de deshidratación, frecuencia cardíaca de 120 lat. / min., presión arterial 140/90 mmHg, y abdomen en tabla. Los estudios analíticos evidenciaron leucocitosis con desviación izquierda, hiperglucemia, elevación de cifras de urea y creatinina, resto sin alteraciones.

El TAC detectó neumoperitoneo, hallazgos compatibles con perforación de víscera hueca.

Con el diagnóstico sintomático de abdomen agudo, fue intervenido quirúrgicamente, mediante laparotomía media. Se objetivó una pequeña cantidad de líquido libre y una perforación de un divertículo en yeyuno proximal. Existían múltiples divertículos desde el ángulo de Treitz hasta unos 80 cm de yeyuno. Se practicó una resección intestinal incluyendo el divertículo perforado, y anastomosis laterolateral mecánica con GIA. En el postoperatorio, tuvo un absceso de pared, por lo demás transcurrió sin complicaciones. El estudio anatomopatológico evidenció de diverticulitis aguda perforada.

Discusión: Los divertículos yeyuno ileales son una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Son divertículos adquiridos, de pulsión, pseudo divertículos sin una capa muscular definida. Se asocian con frecuencia con enfermedades del músculo liso o del plexo mientérico que producen alteraciones de la motilidad intestinal.

Habitualmente asintomáticos, son hallazgos casuales en estudios radiológicos o en laparotomías por otras causas. Se

han descrito complicaciones, las más frecuentes, la diverticulitis con o sin perforación del meso y la hemorragia. Además de síndromes de mal absorción por crecimiento bacteriano, obstrucción intestinal, invaginación, formación de fístulas, abscesos y perforación libre con peritonitis, etc..

El diagnóstico preoperatorio en casos agudos es poco frecuente. En el TAC, las imágenes más habituales son engrosamiento de la pared de un asa intestinal y del meso con presencia de aire extraluminal.

Habitualmente se recomienda tratamiento sólo en los pacientes sintomáticos. El tratamiento quirúrgico se realizará en caso de complicaciones, realizando resecciones segmentarias con criterio conservador. También se han descrito la realización de drenajes percutáneos con control radiológico de colecciones localizadas.

Algunos autores son partidarios de las resecciones profilácticas debido a la gravedad de algunas complicaciones.

Obstrucción de intestino delgado por hamartoma neuromuscular y vascular. Una entidad infrecuente

Alberto Titos García, Joaquín Carrasco Campos, Santiago Mera Velasco, Ivan González Poveda, Manolo Ruiz López, Jose Antonio Toval Mata, Rosa Becerra Ortiz, Isabel Fernández Burgos, Julio Santoyo Santoyo

H.R.U. Carlos Haya (Málaga). Málaga

Introducción: El hamartoma neuromuscular y vascular de intestino delgado es una patología excepcional, con menos de quince casos publicados en la literatura anglosajona. Se trata de una enfermedad benigna caracterizada por una proliferación de la submucosa intestinal y sus elementos en forma de estenosis hamartomatosas que producen cuadros recurrentes de sangrado intestinal y obstrucción. Ésta última suele ser la causa que provoca la cirugía y su diagnóstico histopatológico posterior.

Material y método: Paciente de 81 años con antecedentes de fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, asma bronquial y cáncer de próstata. Acude a urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal, cese del tránsito intestinal y vómitos fecaloideos de 48 horas de evolución. En TC abdominopélvica se visualiza a nivel de íleon medio un cambio de calibre con patrón en miga de pan sugestivo de neoplasia y dilatación proximal de asas. Se decide cirugía encontrándose un segmento ileal de 25 cm. con tres anillos estenóticos de aspecto inflamatorio vs isquémico. Se realiza resección del segmento afecto y anastomosis. En el postoperatorio desarrolla una neumonía izquierda con buena respuesta al tratamiento antibiótico que permite el alta al 16º día. La histología informa de segmento de intestino delgado con hamartoma neuromuscular y vascular. El paciente requirió a los 8 meses reintervención por volvulación de la anastomosis con resección de la misma sin evidenciarse recidiva. Actualmente asintomático.

Discusión: Fue descrita por primera vez en 1982 por Fernando y McGovern. Es una lesión de la submucosa benigna, infrecuente (menos de 15 casos publicados) única o múltiple y de etiopatogenia desconocida. Presenta una clínica inespecífica con episodios recurrentes de obstrucción y sangre oculta en heces. Macroscópicamente se presenta como anillos estenóticos constrictivos que histológicamente corresponden a

una proliferación de fibras musculares lisas de la muscular de la mucosa, y fibras nerviosas amielínicas, fibrosis, vasos angiomatosos y grupos de células ganglionares de la submucosa. La mucosa puede presentar ulceraciones en superficie. Presenta características clínicas e histológicas con otra enfermedad relacionada con la toma crónica de AINEs, la enfermedad diafragmática intestinal, aunque difiere de ella en que el HNMV no tiene relación con la toma de AINEs y las estenosis son hamartomatosas no fibróticas. Algunos autores también la relacionan con el espectro patológico de la enfermedad de Crohn pero éste es un hecho no demostrado. La cirugía es curativa en todos los casos.

Hemorragia digestiva como forma de presentación de tumor carcinoide de intestino delgado

El Adel del Fresno MI, Moreno Montesinos JMI, González Fenizi, Ortega Beviá JM^a 2, Torres Martín M^a I 3, Lechuga Palomino L 3, Martínez Herrera A 3, Martos Jurado M^a 3, Díaz Carrasco M 3, López García F 3, Trigo Ruiz S 3, Jurado Herrero G I, Medina Domínguez M^a T I, Flores Arcas R I, Arcos Navarro A I, Chamorro Aguilera A 4, Díaz Oller J I.

Hospital San Agustín (Linares). Jaén

Introducción: La patología de intestino delgado es bastante infrecuente, aun cuando representa más de un 60% del tubo digestivo. Los tumores de intestino delgado presentan una clínica insidiosa y poco diferenciada, por lo que su diagnóstico precoz es muy difícil en la práctica clínica habitual. A continuación presentamos un caso de tumor carcinoide de intestino delgado.

Material y Métodos: Hombre de 52 años que acude a urgencias con cuadro de cansancio, pérdida de peso y decaimiento de 3 meses de evolución. En la exploración física muestra palidez mucocutánea, molestias abdominales inespecíficas y no hay cambios del hábito intestinal. La analítica muestra Hgb 7.1, VCM 71, Hct 22.5 y ACP 69%. El paciente ingresa para estudio en Medicina Interna. Se transfunden 3 concentrados de hemáties. Sangre oculta en heces positiva. Se realiza EDA y colonoscopia negativas. En TC abdominal se descubre tumoración de intestino delgado en ileon medio sugerente de tumoración de intestino delgado. Se determina el 5-HIAA en orina que es negativo.

Con el diagnóstico de tumor de intestino delgado se realiza lapatomía exploradora, realizando resección de ileon que engloba la tumoración y el meso circundante con márgenes de 10cm de tejido sano por ambos lados. Anastomosis T-T manual monopiano con Vycril 3/0. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente se da de alta al 6º día.

AP: Tumor carcinoide de intestino delgado. Dos micrometástasis en un total de 15 ganglios.

Resultados: El paciente se deriva a Oncología para realizar Oteo-scan, valorar tratamiento adyuvante y seguimiento. No se evidencian metástasis a distancia.

Conclusiones: El tumor carcinoide de ID supone el 30-40% de las neoplasias de ID. Sólo en un 2-3% de los casos, los tumores GI asientan en ID. Su sintomatología es inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico. El síndrome carcinoide sólo se presenta cuando hay metástasis a distancia. El 5-HIAA en orina

es positivo sólo en un 50% de los casos. El tratamiento ha de ser con cirugía radical con bordes de resección amplios y extirpación del meso. El octeo-scan es de gran ayuda en el seguimiento, y esta indicada la extirpación de las metástasis, porque alivian la clínica. La supervivencia a 5 años ronda el 60%.

Valoración de las Complicaciones Evolutivas de la Enfermedad de Crohn mediante Enterografía por Resonancia Magnética

Segura Jiménez I, Conde Muiño R, Valdivia Risco J, Jorge Cerrudo J, Paz Yáñez A, Salmerón Ruiz A, Medina Benítez A, Palma, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: A pesar de las nuevas terapias inmunomoduladoras en el manejo de la enfermedad de Crohn, su historia natural determina la aparición de complicaciones evolutivas relacionadas con su carácter transmural, fistulas y estenosis, cuya evaluación puede ser de difícil acceso por técnicas endoscópicas y a menudo requerirán exploraciones radiológicas con el riesgo añadido de sobreexposición a radiaciones ionizantes en pacientes generalmente jóvenes. La RM ha demostrado una gran precisión para la detección de complicaciones extraluminales y estenosis en la enfermedad de Crohn y se recomienda como técnica de imagen complementaria de elección.

Material y métodos: Presentamos 6 pacientes, 3 con enfermedad de Crohn ileocólica estenosante y 3 con patrón mixto fistulizante/estenosante. Se contrastaron los hallazgos descritos en la Ecografía abdominal, en la Enterografía por RM y los hallazgos quirúrgicos en los cuatro pacientes intervenidos.

Resultados: Ambas técnicas, Ecografía y RM, identificaron zonas de estenosis en colon e ileon que condicionaban dilatación preestenótica, siendo más precisa la RM en la descripción de la longitud de las estenosis, realce y grosor parietal, así como en la detección de estenosis sin dilatación intestinal anterógrada. Asimismo detectaron los trayectos fistulosos, la afectación por continuidad de otros órganos y la presencia de colecciones interpuetas.

Conclusiones: La Enterografía por RM es una prueba de gran precisión en la descripción de complicaciones extraluminales y estenosis en la enfermedad de Crohn, aportando información que puede orientar sobre su carácter inflamatorio vs fibrótico, con la limitación de su disponibilidad en situaciones urgentes.

Metástasis de adenocarcinoma de colon en intestino delgado

López Zurera, Manuel. San Miguel Sánchez, Maximino. Lizandro Crispín, Armando. Pacheco García, José Manuel. Mayo Ossorio, M^a Ángeles

H.U. Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El cáncer de colon es actualmente un problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo y se estima que globalmente existen 450000 casos nuevos cada año. En España, en el año 2000 se registraron 19166 casos nuevos. La diseminación metastásica tumoral puede producirse por vía directa, linfática, hemática, por siembra peritoneal y por vía intraluminal por

implantación en otros puntos del intestino, siendo frecuente que las recidivas locales ocurran en las líneas de sutura de la anastomosis intestinal, sugiriendo que se deban al injerto de células desprendidas de la luz intestinal.

Material y metodos: Varón de 70 años entre cuyos antecedentes de interés destaca intervención en 2006 por adenocarcinoma de colon derecho, siéndole realizada una hemicolectomía derecha y siendo remitido posteriormente a servicio de Oncología para tto. adyuvante con remisiones periódicas. En una de sus revisiones en 2009 se realiza TAC de tórax donde se observa nódulo pulmonar en segmento basal lateral izquierdo con imagen compatible con metástasis como primera posibilidad. En TAC de abdomen aparece en zona de transición entre yeyuno e íleon proximal una lesión intraluminal sospechosa de masa metastásica sin que pueda descartarse lesión de tipo carcinoide o GIST. En el tránsito intestinal se confirma la masa descrita en dicha zona. Se programa para cirugía y se interviene realizándose laparotomía con observación de masa consistente y dura de unos 3-4 cm. en asa de yeyuno, practicándose resección de unos 20 cm. de asa de intestino delgado que incluye la lesión. Se explora el resto de la cavidad si

n más hallazgos. Se recibe la anatomía patológica de la lesión con diagnóstico definitivo de metástasis transmural de adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal. La evolución postquirúrgica del paciente fue favorable, sin incidencias de interés.

Resultados y conclusiones: Los tumores metastásicos en tracto gastrointestinal son inusuales, con una prevalencia estimada de un 1-4% en series postmortem, siendo el estómago y el intestino delgado los órganos implicados más frecuentemente. El cáncer bronquial, el carcinoma de células renales, el carcinoma de mama y el melanoma maligno son considerados los tumores primarios que más frecuentemente generan metástasis en intestino delgado. En nuestra búsqueda en la literatura científica se han encontrado muy pocos ejemplos de casos de diseminación metastásica en segmentos de intestino delgado a partir de un tumor primario de colon o recto, constituyendo una patología muy poco frecuente.

Enfermedad de Crohn y Linfoma B: ¿es la enfermedad o su tratamiento?

Segura Jiménez I, Conde Muiño R, Valdivia Risco J, Rodríguez González R, Martín Cano J, Gómez García R, Cabello Tapia MJ, Palma P, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Crohn presentan mayor riesgo de desarrollar neoplasias linfoproliferativas, aunque el riesgo no es significativamente alto. El tratamiento inmunosupresor con tiopurinas en combinación con agentes anti-factor de necrosis tumoral puede incrementar este riesgo, especialmente si asocia reactivación de infección por el virus de Epstein-Barr. Aún existen controversias sobre qué peso juegan la propia actividad inflamatoria de la enfermedad en el intestino frente a los eventuales efectos adversos de su tratamiento. Actualmente el beneficio de las terapias inmunomoduladoras prevalece sobre el riesgo de desarrollar complicaciones como el linfoma.

Material y método: Varón de 20 años con enfermedad de

Crohn ileocecal fistulizante de 7 años de evolución, con resección ileal previa y en tratamiento inmunomodulador con Azatioprina. Se añadió Infliximab por brote de la enfermedad con plastrón inflamatorio ileocecal. Se realizó Colonoscopia con biopsias de ciego, área valvular e íleon que informaban de infiltrado inflamatorio inespecífico. En Ecografía se observó engrosamiento cecal y parietal difuso de asas ileales y fistula enterovesical, con escasa mejoría clínica ni ecográfica con el tratamiento médico.

Resultados: Se programó cirugía, hallando gran plastrón inflamatorio que afectaba 40 cm de íleon, ciego y colon ascendente y fistula a cúpula vesical. Se realizó resección del intestino afecto, anastomosis ileotransversa y cierre vesical. La Anatomía Patológica informó de presencia a nivel de la pared ileal de infiltrado linfoide de células grandes positivas para marcadores B y para el virus de Epstein-Barr.

Conclusiones: El conocimiento de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de linfomas en la enfermedad de Crohn permitiría identificar los pacientes con mayor riesgo, que se beneficiarían de un seguimiento más estrecho y en los que habría que tratar de evitar terapias combinadas de mantenimiento.

Apendicitis aguda "izquierda" en situs inversus totalis de 86 años de edad

Nieto Moral C; Vicario Benito E; García-Morato Soto E; Martínez Serna T; Krasniqi G; López González C; García Ávila M; De Julián ZL; Abad de Castro S.

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Introducción:

La Apendicitis aguda izquierda es una entidad patológica poco frecuente que está relacionada con distintos trastornos genéticos como son el Situs Inversus Totales, la Mal rotación intestinal o la Mal rotación de ciego.

No existe en la literatura científica grandes series sobre esta patología, y menos casos de pacientes de la edad del nuestro por lo que presentamos este caso clínico.

Material y métodos:

Antecedentes personales:

Varón de 86 años

Sd. Kartagener: Triada: hipocinesia ciliar, situs inversus, bronquiectasias

Situs inversus totales

Episodios de hemoptisis de repetición. Embolización de a. Bronquiales (2008)

Bronquiectasias

Fibroatelectasias laminares pulmonares

EPOC moderado

Fibrilación auricular paroxística cardiovertida

Angor vasoespástico y de esfuerzo. Angioplastia y colocación stent en a. descendente anterior y circunfleja

Osteopenia

Diverticulosis

Historia actual:

Varón de 86 años que acude a urgencias por dolor abdominal continuo con exacerbaciones localizado en fosa iliaca izquierda, de 24 horas de evolución y fiebre de hasta 38°C. No refiere otra sintomatología

Exploración física:

TA 115/60, FC 83 lpm, Tª 39°C. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en FII con blumberg positivo a ese nivel. RHA presentes. No se palpan hernias masas ni megalias.

Pruebas complementarias:

Análítica de urgencias: 11800 leucocitos. 89% neutrófilos. Resto de estudio normal

Rx tórax: dextrocardia

Rx abdomen: inespecífica

TC abdominopélvico:

Apendicitis aguda izquierda

Situs inversus con dextrocardia; aorta, bazo y estómago a la derecha; vena cava e hígado a la izquierda.

Hígado con múltiples quistes simples

Atelectasias pulmonares subsegmentarias bibasales

Doble sistema excretor renal izquierdo.

Trasposición del colon ascendente y ciego a la izquierda, y sigma dirigiéndose a la derecha.

Múltiples divertículos a nivel de sigma y colon descendente

Resultados:

- Ante los hallazgos clínicos analíticos y de las pruebas complementarias se decide intervención quirúrgica urgente, practicándose apendicectomía laparoscópica.

Postoperatorio sin incidencias.

- Episodio de obstrucción intestinal resuelto de forma conservadora a los dos meses de la intervención.

Conclusiones:

- Apendicitis aguda patología quirúrgica urgente más común en Cirugía General

- Diagnóstico diferencial del Adolor abdominal en cuadrante inferior izquierdod: Diverticulitis aguda, Patología urológica, Patología ginecológica, Hernia complicada, Diverticulitis de Meckel, Obstrucción intestinal, Apendicitis aguda izquierda.

- El empleo de técnica de imagen es importante en el diagnóstico

- No existen referencias en la literatura de pacientes de la edad del que presentamos

- Causas principales por orden de frecuencia: 1º/ Mal rotación intestinal ; 2º/ Situs inversus totalis; 3º/ Malrotación de ciego

Diverticulitis de yeyuno. A propósito de un caso

Sanchiz Cárdenas E, Soler Humanes R, Máiquez Abril R, Cañizo Rincón I, Rivas Becerra J, Cabrera Serna I, Ocaña Wilhelmi L, De Luna Díaz R

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los divertículos yeyunoileales son falsos en su mayoría y se sitúan en el borde mesentérico de la pared intestinal. Su incidencia es variable, de hasta un 8% de la población en hallazgos de necropsias, y 0,02 a 0,1% en estudios radiológicos. Afecta con más frecuencia al sexo masculino en edades comprendidas entre la sexta y séptima décadas de la vida , y en el 50% de los casos se asocian a divertículos colónicos.

Material y metodos: Presentamos el caso de una paciente de 81 años con displipemia, hipoacusia, hernia de hiato y episodio

de trombosis venosa profunda hace 15 años. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución de predominio en flanco izquierdo asociado a temperatura de hasta 38°. A la exploración se aprecia dolor a la palpación abdominal en flanco izquierdo con leve defensa asociada.

Análíticamente destaca leucocitosis moderada con neutrofilia. En el TAC de abdomen se evidencian asas de yeyuno engrosadas con imágenes sugestivas de divertículos en su pared y diverticulosis colónica.

Se realiza tratamiento conservador con antibioticoterapia empírica. Evolución favorable, dada de alta tras 8 días de ingreso hospitalario.

Al mes se realiza enteroclisia, que evidencia múltiples divertículos en yeyuno, algunos de ellos de gran tamaño.

Resultado: Los divertículos yeyunoileales son asintomáticos en el 60% de los casos. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas. Las complicaciones se dan en el 15% de los casos siendo las más frecuentes: diverticulitis, obstrucción intestinal y la hemorragia digestiva.

Lo más importante en el diagnóstico es sospechar su presencia, y ante la sospecha de complicaciones el TAC es la prueba de imagen de elección.

Conclusión: La incidencia de divertículos en el intestino delgado es difícil de determinar, sobre todo porque no se suelen documentar y porque tienen poca relevancia clínica. Su importancia se basa en el hecho de que pueden complicarse, en cuyo caso está indicado el tratamiento quirúrgico mediante la resección intestinal del segmento afecto.

Pseudobstrucción intestinal por: a proposito de un caso

M. Torres Lorite, MD. Ayllón Terán, AB. Gallardo Herrera, AS cadenas Febres, A. Valverde Martinez, A. Cosano Álvarez, S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción:

La anisakiasis es una parasitosis de distribución mundial producida por áscaris, que afecta al hombre tras el consumo de pescado parasitado, insuficientemente cocinado o crudo en salazón.

Su incidencia se estima en 3,87/100000hab/año, siendo un problema sanitario especialmente importante en países con elevado consumo de pescado.

En España, los primeros casos de anisakiasis se notificaron en 1991 y se encuentra en el 36% del pescado muestreado en lonjas de puertos.

Las manifestaciones clínicas dependerán del mecanismo de acción del parásito, actuando por reacción de hipersensibilidad, por acción local, o mecanismo mixto.

Caso clínico: Paciente varón de 74 años sin AMC sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de dos días de evolución, con vómitos y sensación distérmica. Refiere tomar habitualmente pescado crudo. A la exploración presenta abdomen distendido, timpánico en hemiabdomen izquierdo y doloroso a la palpación de forma generalizada, más intenso en FII sin signos de peritonismo ni palpación de hernias. Ruidos aumentados.

En analítica leve leucocitos con neutrofilia, sin eosinofilia.

En serie obstructiva presenta dilatación de asas de ID con niveles hidroaéreos. Se solicita TAC abdominal en el que se visualizan asas de yeyuno-íleon distendidas, con líquido en su interior y niveles hidroaéreos, sugestivo de cuadro suboclusivo sin objetivarse causa obstructiva. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis.

Se inicia tratamiento con sonda nasogástrica, dieta absoluta y sueroterapia. Evolucionan favorablemente, con resolución del cuadro en 72 horas. En controles analíticos presenta cifras crecientes de eosinofilia e IgE anisakis hasta 48,10. Es dado de alta a los 5 días y en revisiones continúa asintomático.

Tras la revisión de la anamnesis y pruebas analíticas se diagnostica de anisakiasis intestinal.

Discusión: La afectación gástrica es la forma más frecuente, suponiendo un 60-70% de los casos.

La afectación intestinal representa el 20-30% de los casos, manifestándose al 7º día, en forma de abdomen agudo simulando apendicitis, ileítis o diverticulitis, perforación o produciendo obstrucción intestinal que requiere realizar diagnóstico diferencial con neoplasias, íleo o intususcepción.

La afectación colónica suele limitarse a ciego y colon ascendente y suele ser poco frecuente.

El hemograma puede ser normal o con leucocitosis leve. Inicialmente, sólo un 4-41% presentarán eosinofilia leve.

El diagnóstico de certeza se basa en la identificación del parásito en vómitos, heces, visualización endoscópica o histología de la pieza reseca.

La radiografía de abdomen puede mostrar, dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en la serie obstructiva indicativos de cuadro pseudoestructivo.

La TAC ayuda a realizar diagnóstico diferencial con otros procesos y descartar complicaciones.

Generalmente, la realización de pruebas cutáneas y la determinación de IgE específica para anisakis suelen confirmar el diagnóstico sospechado por la anamnesis de los hábitos dietéticos y la clínica.

Actualmente, la prevención de la infección con la congelación del pescado a $\geq 20^{\circ}\text{C}$ durante al menos 24 h y el calentamiento a una temperatura igual o superior a los 60°C durante 10 min, se considera la mejor herramienta terapéutica contra la anisakiasis.

Divertículo de Meckel y HDB súbita y anemizante en jóvenes

Corral Fernández, E; Delgado Carrasco, ML; Álvarez Martín, MJ; Jorge Cerrudo, JJ; Gil Loza, S; Cabrera Aguirre, MA; Ferrón Orihuela, JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del intestino delgado y afecta aproximadamente al 2% de la población. Se trata de un vestigio embrionario, considerado un remanente de la porción proximal del saco vitelino, que ocupa el conducto onfalomesentérico y comunica la cavidad abdominal con el saco vitelino permitiendo la herniación de las asas intestinales hasta este último, en el sexto mes de gestación.

La mayoría de los divertículos de Meckel son asintomáticos

y se descubren al azar durante la autopsia, la laparotomía o los estudios baritados.

Esta comunicación presenta un caso en el que se manifiesta por hemorragia digestiva baja súbita y anemizante en un varón joven.

Material y métodos: Paciente varón de 32 años, con antecedentes de intervención de ligamento lateral interno de rodilla derecha y de menisco, que ingresó en el servicio de Digestivo procedente de Urgencias por presentar cuadro de deposiciones rectorrágicas abundantes de cuatro horas de evolución, acompañado de dolor abdominal epigástrico.

A la exploración presentó cifras tensionales de 80/30 y palidez cutáneo-mucosa. Tacto rectal normal con dedil manchado de sangre roja. Analíticamente destacó Hb 9,3 y urea 53. Se realizó EDA y EDB que se informan como normales. Por último, se le somete a arteriografía de troncos principales del tracto digestivo (arterias mesentérica superior, inferior y tronco celíaco) mediante técnica de Seldinger no apreciándose teñidos patológicos que sugirieran existencia de sangrado activo en ese momento.

Ante nuevo cuadro de rectorragia abundante y el consiguiente cuadro de shock hipovolémico se intervino quirúrgicamente hallándose divertículo a unos 60 cm de la válvula ileocecal en borde antimesentérico, con resto hemáticos desde unos 50 cms previos y hasta recto. Se realizó resección quirúrgica de dicho divertículo.

Resultados: El curso postoperatorio cursó sin complicaciones ni nuevos episodios de rectorragia siendo dado de alta a los 4 días apirético, con tránsito adecuado y tolerancia. Los resultados de la muestra enviada a AP fueron úlcera sobre mucosa gástrica ectópica en divertículo de Meckel.

Conclusiones: Ante cualquier hemorragia digestiva baja en pacientes jóvenes, debemos tener en cuenta que la manifestación clínica más frecuente del divertículo de Meckel consiste, como en el caso que presentamos, en una hemorragia digestiva baja (25-50% de las complicaciones). Otras complicaciones menos frecuentes son la obstrucción intestinal (por vólvulo o invaginación) o más raramente como diverticulitis (más común en los adultos).

La hemorragia puede presentarse de forma masiva (presentamos un ejemplo de ésta), como anemia secundaria a sangrado crónico o como un episodio recidivante que remite de manera repentina.

Todo ello nos debe llevar a tener en cuenta al divertículo de Meckel entre los posibles diagnósticos diferenciales de hemorragia digestiva baja en jóvenes.

Obstrucción mecánica tras apendicectomía abierta; una etiología poco conocida.

Camacho Ramírez, A. Balbuena García, M. Urbano, M.A, Jimenez Vaquero, M.J, Falckenheiner, J. Najib, A, Costilla, L. Vega Ruiz, V. Velasco García, M. Servicio Cirugía General

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Introducción: La apendicectomía abierta mediante la incisión clásica de McBurney es una vía de abordaje ampliamente utilizada en todos los hospitales. La complicación tardía aunque infrecuente es la eventración de la incisión (menor de 1%).

Las posibilidades de una eventración complicada (incarcerada ó estrangulada) tras incisión de McBurney igualmente son muy bajas. La evisceración es excepcional. Siendo la asociación de la evisceración contenida junto a un cuadro de obstrucción mecánica es casi inexistente.

Material y método:

Se presenta el caso de un paciente varón de 46 años de edad con IMC en rango de normalidad, entre cuyos antecedentes destaca una hipertensión arterial con control farmacológico y una trombosis de vena central de la retina de origen incierto en tratamiento con ácido acetilsalicílico.

Acude al servicio de urgencias con cuadro clínico, analítico y ecográfico compatible con apendicitis aguda. El paciente es intervenido bajo anestesia general mediante incisión de McBurney de unos 4-5 cm. Sin incidencias durante la cirugía, cerrándose la pared abdominal en dos planos, peritoneo con sutura continua, aproximación con dos puntos sueltos de musculatura oblicua y cierre nuevamente continuo de la aponeurosis del oblicuo mayor. Para la piel se utilizaron grapas.

El paciente es dado de alta al segundo día postoperatorio, no dándosele el primer día por vómitos.

Acude al décimo día postoperatorio tras comenzar con cuadro de dolor a nivel de la cicatriz, distensión abdominal, vómitos de cuatro días de evolución con ausencia de tránsito. Afebril. La herida quirúrgica no presenta anomalías, dolorosa al tacto y con un abdomen distendido y timpánico a la percusión.

Al paciente se le realiza una radiografía de abdomen objetivándose importante dilatación de asas de delgado, por lo que se decide completar el estudio con T.C. abdomino-pélvico, encontrándose cuadro de obstrucción intestinal secundario a un asa que se introduce a través de los planos musculares de la incisión de McBurney con indemnidad de la piel.

Resultados: Ante tales hallazgos se decide reintervención. Tras retirada de grapas, no se perciben anomalías a nivel subcutáneo con indemnidad de la aponeurosis cerrada de forma hermética. Tras retirada de sutura se observa asa de intestino delgado con signos de sufrimiento con ausencia de saco herniario, se consigue extraer dicho segmento mostrándose zona de estrangulamiento a nivel del mesenterio. Se reintroduce el asa y cerrándose nuevamente por planos. Piel grapas.

El paciente es dado de alta fajado y sin incidencias al segundo día postoperatorio.

Conclusión: Ante un paciente con dolor, distensión abdominal y niveles hidroaéreos en un postoperatorio de una cirugía apendicular existen diversas causas a pensar como son la colección intraabdominal, hemoperitoneo, fistula del muñón apendicular, sin embargo como se muestra en éste caso, aunque infrecuente hay que tener presente la posibilidad de que el cuadro pueda ser debido a una obstrucción intestinal secundaria a la introducción de un asa a través de la evisceración contenida de la incisión de McBurney.

Fístula enterocutánea persistente al tratamiento médico conservador; ¿sólo nos queda la cirugía?.

Camacho Ramirez, A.* Navarro Vergara, P.+ Balbuena Garcia, M.* Jimenez Vaquero, M.J,* Alvarez Medialdea, J.* Falckenheiner, J.* Calvo Duran, A.E.* Vega Ruiz, V.* Velasco Garcia, M.*

**Cirugia General H.U.Puerto Real*, +*Servicio Radiologia H.U.Puerto Real (Cádiz)*

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Introducción: El tratamiento de la fistula enterocutánea es muy variable según la situación general del paciente, la localización, el débito así como el tiempo de evolución de la misma. Las dos actitudes más frecuentes son, ó bien la conservadora con nutrición parenteral total, antibioterapia y fluidoterapia o en caso de mala situación general ó persistencia de la misma optar por la cirugía. En los últimos años están emergiendo método intermedios o alternativos a éstos dos, como son el tratamiento endoscópico o el uso de sellantes biológicos. Presentamos el caso de un paciente tratado con un método alternativo, más concretamente con coils y pegamento Inox®.

Material y método: Mujer de 60 años obesidad grado II e hipertensa intervenida hace 9 años con ca. Ovario practicándose histerectomía más doble anexectomía junto a linfadenectomía pélvica y adyuvancia. En seguimiento por oncología es presentada en sesión clínica para valoración de tumoración peritoneal con elevación Ca. 125 contigua a la C duodenal (2ª y 3ª porción) y segmento hepática IVa y que aparenta en el T.C. de infiltrarlas. Tras valoración conjunta se decide cirugía.

Abordaje subcostal derecho ampliado a izquierdo. La intervención transcurre sin incidencias consiguiéndose extirpar la masa de 4x5cm con resección atípica del segmento IVa a demanda y deserosamiento de la segunda porción duodenal por lo que aplica a dicho nivel refuerzo local con puntos sueltos entrecortados. Se deja drenaje aspirativo en ambiente quirúrgico.

El postoperatorio transcurre sin incidencias hasta el sexto día que comienza con febrícula y salida de material entérico a través del drenaje, instaurándose fluidoterapia, antibioterapia, nutrición parenteral y octeótrido s.c. Se establece un fistula entérica con un débito diaria de alrededor de 350-400cc sin conseguir descenso del mismo a pesar del mantenimiento de dicha terapia durante cuatro semanas.

Ante la buena situación general de la paciente y la persistencia del débito se decide valoración del trayecto fistuloso mediante fistulografía y posterior actuación según los hallazgos.

Resultados: La fistulografía mostraba un trayecto de unos 15 cm de longitud que desemboca a nivel duodenal, sin cavidades ni tabicaciones.

Se decide en sesión clínica tratamiento de la fistula mediante radiología intervencionista con colocación de coils y pegamento Inox®. Durante la primera sesión radiológica se aplican varios endocoils objetivándose un descenso del débito a unos 50-100cc., por lo que a los 5 días se repite una segunda sesión obteniendo el cierre completo de la fistula. La paciente fue dada de alta a los 10 días tras ésta última sesión.

Conclusión: Las fístulas entero-cutáneas son entidades complejas y no exentas de mortalidad.

Un importante número de fístulas enterocutáneas se manejan de forma conservadora con éxito. Para aquellas que no se consigan erradicar de forma conservadora podrían valorarse métodos alternativos o como paso previo a la reintervención tales como en éste caso la colocación de endocoils, u otras colas biológicas o técnicas endoscópicas.

Abdomen agudo por divertículo de Meckel perforado

Vanesa Maturana Ibáñez, Almudena Moreno Serrano, Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Elena Yagüe Martín, Álvaro Morales González, Jacob Motos Micó

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, apareciendo entre 0.5-2% de la población general, con ligero predominio del sexo masculino. Se forma como resultado del cierre incompleto del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico, que comunica el intestino medio primitivo con el saco vitelino durante el desarrollo embrionario. Se estima que sólo el 4% de divertículos de Meckel se harán sintomáticos en algún momento, presentándose como hemorragia, obstrucción de intestino delgado, diverticulitis, perforación o asociación a anomalías umbilicales o tumores.

Caso clínico: Paciente varón 17 años sin AP de interés, acude a urgencias por presentar dolor abdominal localizado en FID e irradiado a HD, de 24 horas de evolución, no asociado a náuseas, vómitos, alteración del hábito intestinal ni fiebre. A la exploración presenta abdomen blando y depresible con dolor y defensa a la palpación en FID, Blumberg positivo. Analítica: 13.500 leucocitos, 82% PMN. Eco abdominal: hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica, encontrando apéndice cecal de características normales y divertículo de Meckel perforado. Se realiza apendicectomía profiláctica y resección de intestino delgado incluyendo el divertículo con anastomosis termino-terminal. El paciente recibe el alta hospitalaria el cuarto día postoperatorio sin incidentes. El informe de anatomía patológica informa sobre apéndice cecal con hiperplasia folicular linfoide y divertículo de Meckel perforado con heterotopia mucosa gástrica.

Discusión: El divertículo de Meckel es un divertículo verdadero, formado por las tres capas de la pared intestinal (mucosa, muscular y serosa) y que aparece en el borde antimesentérico del intestino delgado a una distancia entre 40-100 cm de la válvula ileocecal. El tamaño oscila entre 1-10 cm y la mayoría presenta mucosa heterotópica, de los cuales en más del 60% es de tipo gástrico, aunque la pancreática también es frecuente. La hemorragia suele ocurrir en los divertículos que presentan mucosa gástrica ectópica y en edades inferiores a 2 años. La obstrucción intestinal y la inflamación son las complicaciones más frecuentes en la población adulta. La diverticulitis de Meckel puede ser clínicamente indistinguible de otros procesos inflamatorios abdominales como una apendicitis aguda, EII y otras causas de obstrucción intestinal. La analítica mostrará leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Las pruebas de imagen han demostrado utilidad

en la identificación del divertículo de Meckel inflamado, siendo la ecografía abdominal la prueba de elección. La principal diferencia entre diverticulitis de Meckel y apendicitis aguda es la localización anatómica. El tratamiento consiste siempre en la extirpación del divertículo de Meckel inflamado y asociarlo a apendicectomía, pues no se puede descartar que exista proceso inflamatorio apendicular a nivel microscópico que participe en el cuadro clínico.

Sepsis Severa en paciente con Enfermedad de Crohn.

Jairo Mauricio Avella, Emilio Corral Fernandez, Alfonso Mansilla Rosello, tomas Torres Alcala, Manuel Carrasco M, Jose Antonio Ferron Orihuelao

Hospital Virgen de Las Nieves. Granad

Servicio de Cirugía general y Digestivo Universitario Virgen de Las Nieves Granada, Granada, España.

Introducción: La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico que puede afectar todo el tubo digestivo. Suele afectar a jóvenes del sexo masculino, con una incidencia estimada en España de 5,5 ‱ habitantes. El tratamiento quirúrgico sólo está indicado en caso de complicaciones que no respondan a la terapia médica, derivadas fundamentalmente de las estenosis cicatriciales o a complicaciones sépticas. Una de las complicaciones más graves es la sepsis por dilatación del intestino grueso (megacolon tóxico). Presentamos un caso de shock séptico por dilatación masiva del intestino delgado en un paciente con enfermedad de Crohn.

Caso Clínico: Paciente varón de 29 años, con enfermedad de Crohn conocida y tratada médicamente desde hace 10 años. En los últimos 6 meses presenta crisis de suboclusión intestinal. En Rx simple de abdomen se evidencia dilatación del intestino delgado. En ecografía se aprecia engrosamiento parietal del íleon terminal. La colonoscopia no se observa actividad de la enfermedad en el colon. Es derivado a nuestro Servicio para tratamiento quirúrgico programado. Ingresa 2 días antes de lo previsto por malestar general, con una analítica dentro de la normalidad. Se realiza Rx de abdomen y TAC abdominal, apreciándose dilatación generalizada del intestino delgado con un diámetro superior a los 8 cm. A las pocas horas de su ingreso el paciente entra en cuadro SIRS severo (hipotensión que no responde a volumen, oliguria, taquicardia, taquipnea, desorientación, lactacidemia) con distensión y dolor abdominal. Se realiza laparotomía urgente, apreciándose estenosis en íleon terminal con gran dilatación retrógrada de todo el intestino delgado de hasta 10 cm de diámetro, procediéndose a la resección ileocecal, con vaciamiento retrogrado de todo el intestino y anastomosis ileocolica latero-lateral manual. El paciente ingresa en UCI, donde no mejora de la disfunción multiorgánica, por lo que a las 24 horas es reintervenido, realizándose resección de la anastomosis previa e ileostomía terminal con fístula mucosa cólica. A partir de ese momento el paciente comienza a recuperar sus funciones orgánicas. El hemocultivo es positivo para E faecium. En el 7ª día postoperatorio pasa a planta, persistiendo un débito por la ileostomía de 6-7 litros, que requiere nutrición parenteral total durante 45 días. Tras corrección de su estado nutricional y mejoría de la función intestinal, se realiza anastomosis íleo-

cólica latero-lateral manual, siendo dado de alta a los 63 días de su ingreso.

Conclusiones: En los pacientes con enfermedad de Crohn con cuadros de suboclusión y dilatación crónica del intestino delgado, no se debe demorar el tratamiento quirúrgico. En caso de shock séptico por dilatación masiva del intestino delgado se debe realizar una cirugía derivativa (ostomías) con o sin resección de la zona estenótica, y proceder con la reconstrucción (anastomosis) en un segundo tiempo.

1-Heibl C, Knoflach P. Clostridium septicum causing sepsis with severe disseminated intravascular coagulation in a patient with Crohn's disease. *Am J Gastro enterol.* 2011 Jan;106(1):170-1.

2-Iesalniaks I, Kilger A, Glass H, Müller-Wille R, Klebl F, Ott C, Strauch U, Piso P, Schlitt HJ, Agha A. Intraabdominal septic complications following bowel resection for Crohn's disease: detrimental influence on long-term outcome. *Int J Colorectal Dis.* 2008 Dec;23(12):1167-74. Epub 2008 Aug 9.

3-Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Pocard M, Vicaut E, Valleur P. Risk factors for intra-abdominal septic complications after a first ileocecal resection for Crohn's disease: a multivariate analysis in 161 consecutive patients. *Dis Colon Rectum.* 2007 Mar;50(3):331-6.

4-Grossman CJ, Hydo LJ, Wang JC, Pochapin M, Barie PS. Devastating presentations of regional enteritis (Crohn's disease): two reports of survival following severe multiple organ dysfunction syndrome. *Grossman CJ, Hydo LJ, Wang JC, Pochapin M, Barie PS.*

5-Schmidt CM, Talamini MA, Kaufman HS, Lilliemoe KD, Learn P, Bayless T. Laparoscopic surgery for Crohn's disease: reasons for conversion. *Ann Surg.* 2001 Jun;233(6):733-9. Erratum in: *Ann Surg* 2001 Aug;234(2):f

Presentación atípica de isquemia mesentérica en paciente joven

Rodríguez González R.; Muffak Granero K.; Martín Cano J.; Jorge Cerrudo J.; Gil Loza S.; Becerra Massare A.; Ferrón Orihuela J. A.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La isquemia mesentérica es una patología poco prevalente dentro de las urgencias quirúrgicas abdominales (0,9%), pero con una mortalidad que continúa siendo elevada (70-92%) a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. Su presentación clínica en las fases iniciales suele ser poco específica, requiriendo un alto índice de sospecha para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoz. Por lo general se produce en personas de edad avanzada y con comorbilidad cardiovascular asociada. A continuación mostramos un caso de presentación atípica de isquemia mesentérica, en una paciente joven con un trastorno hematológico congénito.

Caso: Mujer de 38 años, con antecedentes de vitíligo, fumadora de 10 cigarrillos/día y alérgica a la penicilina. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso, continuo, asociado a mal estado general. En la exploración destaca taquicardia, abdomen ligeramente distendido y con signos de peritonismo generalizado. Analíticamente presentaba leucocitosis con neutrofilia y elevación de la LDH.

La TAC abdominal objetiva una trombosis a nivel de la

aorta abdominal cuyos límites incluyen la salida del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior, con un trombo en porción distal de la arteria mesentérica superior que condiciona una isquemia de íleon distal y proximal.

Se interviene de urgencia, mediante laparotomía media, presentando una peritonitis difusa por isquemia severa de yeyuno-íleon y colon ascendente. Se realiza una resección de yeyuno-íleon y colon derecho, con anastomosis yeyunocólica, quedando un remanente de unos 50cm de intestino delgado. Se explora e individualiza el tronco celiaco y sus ramas, sin apreciar pulso a dicho nivel. Se efectúa abordaje arterial a través de la arteria esplénica y la gastroduodenal, realizando una trombectomía parcial mediante empleo de Fogarty y suero con heparina y papaverina, consiguiendo flujo pulsátil en el tronco celiaco y sus ramas, con adecuada perfusión visceral.

Durante el ingreso se realiza un estudio específico de coagulación resultando ser heterocigota para la mutación del gen de Protrombina G-A en posición 20210, alteración que generalmente se relaciona con un aumento del riesgo de trombosis venosa, por lo que se instauró anticoagulación con dicumarínicos.

Al alta la paciente se encuentra asintomática, sin dolor abdominal, con correcta absorción intestinal y adecuado estado nutricional, y con un hábito intestinal de 3 deposiciones diarias. Tras 12 meses de seguimiento ambulatorio no se ha presentado ninguna incidencia de interés.

Conclusión: A pesar de ser la isquemia mesentérica una entidad mucho más frecuente epidemiológicamente en personas de edad avanzada, la presencia de un cuadro clínico compatible en personas jóvenes nos obliga a plantearnos dicha posibilidad diagnóstica, en especial teniendo en cuenta que uno de los factores más importantes relacionados con su supervivencia es el diagnóstico y tratamiento precoz.

La presentación de cuadros de isquemia intestinal en pacientes jóvenes y sin antecedentes médicos de interés, debe hacernos pensar en la posible existencia de un trastorno de la coagulación, bien sea adquirido o congénito, para así llevar a cabo un diagnóstico precoz del mismo y un tratamiento específico.

Invaginaciones intestinales. Diagnóstico y manejo.

Jiménez Riera G, Herrera del Castillo JC, Segura Sampedro JJ, Cepeda Franco MC, Jiménez Rodríguez RM, López Bernal F, García Cabrera AM, Flores Cortés M, Ramírez Plaza CP, Prendes Sillero E, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz FJ. *UCG de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH UU Virgen del Rocío. Sevilla*

Introducción: Las invaginaciones intestinales suponen una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Alrededor del 65% se relaciona con una lesión maligna, siendo el colon la localización más frecuente en estos casos. El resto responde a causas benignas o idiopáticas. La mayoría de las invaginaciones son diagnosticadas durante la intervención, pero a veces es posible hacer un diagnóstico preoperatorio con el uso de técnicas de imagen. La ecografía es el método de elección, con una sensibilidad y especificidad del 98% y 88% respectivamente. Las imágenes obtenidas por RMN y TC también pueden ser útiles para el diagnóstico. Para el tratamiento se recomienda la

realización de una laparotomía exploradora, dada la potencial malignidad del cuadro. Cuando la causa sea benigna, como en presencia de cuerpos extraños o en pacientes con antecedentes de anastomosis o síndrome de Peutz-Jeghers, puede ser útil la reducción para evitar la resección de intestino no afectado.

Material y métodos: Caso 1: Mujer de 67 años, hipertensa, dislipémica, con antecedentes familiares de cáncer colorrectal, sometida a histerectomía y ooforectomía hace 25 años por mioma uterino, con dos pólipos colónicos, y diagnosticada de tumoración sigmoidea mediante colonoscopia (anatomía patológica compatible con tumor fusocelular) que acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y febrícula. A la exploración presentaba dolor abdominal focalizado en fosa iliaca izquierda. Se realiza TC abdominal que objetiva invaginación de colon descendente distal sobre colon sigmoides de un trayecto aproximado de 12 cm, observándose masa tumoral hipercaptante en sigmoides (extremo distal), que parece suponer la cabeza de la invaginación; signos de obstrucción intestinal y signos de sufrimiento de paredes del intestino grueso, sin neumoperitoneo ni líquido libre. Dados los hallazgos se decide la realización de laparotomía exploradora urgente. La invaginación se reduce de forma espontánea mediante taxis simple. Se realiza sección de colon descendente y sigma y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. El postoperatorio cursó de forma favorable, siendo alta el 8º día.

Caso 2: Mujer de 27 años, con los antecedentes de fibromialgia, hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, intervenida en la infancia de estenosis pilórica y adenoides, y portadora de colostomía por perforación de divertículo de sigma, acude a urgencias por dolor abdominal de unas 12 horas de evolución. No presentó fiebre, náuseas, vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. Siete días antes de consultar se había realizado un enema opaco a través de la colostomía para valorar la reconstrucción del tránsito, con paso de contraste a ileon terminal. Consulta por dolor abdominal intenso de unas 12 horas de evolución que no cede con analgesia habitual. Refiere abundante expulsión de gases a través de la ostomía. A la exploración se mostraba con buen estado general, afebril, presentaba abdomen blando y depresible, no distendido, con dolor a la palpación y a la descompresión en fosa iliaca derecha, colostomía funcionante. La analítica mostraba una leucocitosis de 17340 con neutrofilia del 93%, sin otros hallazgos. Se decide la realización de una TC abdominal urgente con contraste IV: imagen sugestiva de invaginación intestinal en el segmento proximal del yeyuno, con una moderada dilatación proximal con nivel hidroaéreo en su interior. El estudio de tránsito intestinal realizado con anterioridad traducía alteraciones mucosas yeyunales, que pudieran justificar la intususcepción. Líquido libre en cuantía significativa. Ante el buen estado general de la paciente se decide un manejo conservador, prescribiendo sondaje nasogástrico y administración de gastrografín. En las radiografías de control seriadas se observa paso de contraste a colon y salida por la ostomía. Las cifras de leucocitos disminuyen hasta normalizarse. Persistían ciertas molestias en fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Dada la buena evolución se decide alta y revisión en consultas externas.

Linfoma B complicado en paciente con Enfermedad de Crohn en tratamiento inmunosupresor

Segura Jiménez, Inmaculada; Valdivia Risco, Javier; Palma Carazo, Pablo, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Crohn presentan mayor riesgo de desarrollar neoplasias linfoproliferativas, aunque el riesgo no es significativamente alto. El tratamiento inmunosupresor con tiopurinas en combinación con agentes anti-factor de necrosis tumoral puede incrementar este riesgo, especialmente si asocia reactivación de infección por el virus de Epstein-Barr. Aún existen controversias sobre qué peso juegan la propia actividad inflamatoria de la enfermedad en el intestino frente a los eventuales efectos adversos de su tratamiento. Actualmente el beneficio de las terapias inmunomoduladoras prevalece sobre el riesgo de desarrollar complicaciones como el linfoma.

Material y método: Varón de 20 años con enfermedad de Crohn ileocecal fistulizante de 7 años de evolución, con resección ileal previa y en tratamiento inmunomodulador con Azatioprina. Se añadió Infliximab por brote de la enfermedad con plastrón inflamatorio ileocecal. Se realizó Colonoscopia y biopsias de ciego, área valvular e ileon que informaban de infiltrado inflamatorio inespecífico. En Ecografía se observó engrosamiento cecal y parietal difuso de asas ileales y fístula enterovesical, con escasa mejoría clínica ni ecográfica con el tratamiento médico.

Resultados: Se programó cirugía, hallando gran plastrón inflamatorio que afectaba 40 cm de ileon, ciego y colon ascendente y fístula a cúpula vesical. Se realizó resección del intestino afecto, anastomosis ileotransversa y cierre vesical. La Anatomía Patológica informó de presencia a nivel de la pared ileal de infiltrado linfocítico de células grandes positivas para marcadores B y para el virus de Epstein-Barr.

Conclusiones: El conocimiento de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de linfomas en la enfermedad de Crohn permitiría identificar los pacientes con mayor riesgo, que se beneficiarían de un seguimiento más estrecho y en los que habría que tratar de evitar terapias combinadas de mantenimiento. -

Carcinoma medular de colon. Forma esporádica de presentación del Carcinoma de Colon.

Retamar Gentil, M. Sánchez Moreno, L. Marengo de la Cuadra, B. Del Río Lafuente, F. López Ruiz, J. López Pérez, J., Ortega Beviá, J. Oliva Mompean F.

UCG. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El carcinoma medular de colon es un tipo histológico poco frecuente, caracterizado por presentar un patrón predominantemente sólido, con escaso estroma y abundante linfocitosis intratumoral. Se asocia de forma invariable a inestabilidad de microsátelites (IMS) y presenta mejor pronóstico que otros carcinomas de colon mal diferenciados.

Material y método: Presentamos el caso de un varón de 55 años fumador y bebedor habitual, sin otros antecedentes, que acude a Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de una semana, se palpa masa dolorosa, sin peritonismo. Tomografía

abdominal informa de hallazgos compatibles con proceso neoplásico del ciego sin poder descartarse perforación encubierta. Se realiza laparotomía exploradora con hemicolectomía derecha e ileostomía de Brooke. Marcha de alta a los 7 días.

Resultado: Anatomía Patológica: Carcinoma medular de 9 cm. (carcinoma mínimamente diferenciado de células grandes) con invasión a través de la serosa del colon ascendente. Metástasis de carcinoma en 4 ganglios de 15 resecaos. Inmuno-histoquímica: células positivas para CK7 y CEA.

El paciente recibe tratamiento oncológico con Oxaliplatino y Capecitabina.

A los 95 días del alta el paciente regresa a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha. TAC compatible con masa abscesificada en región parietocólica derecha, que engloba asas intestinales e infiltra pared abdominal. Se realiza laparotomía: resección en bloque de plastrum tumoral-absceso que engloba asas de intestino delgado. Anastomosis ileocólica.

Anatomía patológica: Infiltración de pared abdominal. Intestino delgado e ileostomía infiltración de carcinoma medular. Metástasis ganglionares 2 de 11.

Conclusiones: Las series recogidas de carcinoma medular son cortas, aunque en todas coinciden en que comparte características patológicas similares con el Cáncer de Colon Hereditario no Polipósico, como su frecuente localización en colon proximal, la pobre diferenciación, el exceso de producción de mucina, y la intensa reacción linfocitaria peritumoral. Sin embargo presenta mejor pronóstico, dada su bajo potencial metastásico, consiguiendo excelentes resultados con la resección completa del tumor primario.

Tumor de Busche-Loewenstein del ano: a propósito de tres casos.

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

Hospital Universitario Virgen Macarena -SEvilla, Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza

El tumor de Busche-Loewenstein o condiloma acuminado gigante de recto, es un tumor relacionado con el Virus del Papiloma humano (VPH), que afecta la zona genital y el área perianal. Descrito en 1925 como una lesión tumoral del pene, de crecimiento exofítico con forma de coliflor que no degenera pero produce destrucción de los tejidos adyacentes. El primer caso de tumor de Busche-Loewenstein ano-rectal fue descrito en 1964 por Dawson y colaboradores, se trataba de un varón de 41 años de edad, con historia clínica de 8 meses de evolución, que llegó a alcanzar un tamaño de 10x10 cm. Realizó resección de la tumoración. El segundo caso fue descrito en 1966 por Knoblich. Se vinculan generalmente con dos tipos del papiloma humano, el VPH 6 y el VPH 11.

Material y método: Presentamos tres casos clínicos de tres pacientes que han sido estudiados, diagnosticados y tratados de tumor de Busche-Loewenstein ano-rectal. Los tres casos eran varones de 25, 44 y 64 años de edad. En las biopsias peroperatorias había un caso con signos de invasión. El tratamiento que se instauró fue en dos casos escisión ano-perineal amplia y en el otro caso se realizó amputación abdomino-perineal de recto. En uno de los casos en que se realizó escisión

local, posteriormente hubo que realizar nueva escisión local y fulguraciones de la zona.

Discusión: El Condiloma Acuminado Gigante o tumor de Buschke-Lowenstein, es un tumor que aparece en el área genital, y más raramente en la zona perianal, que se relaciona con el VIH. Los factores de riesgo incluyen, los pacientes inmunodeprimidos, la irritación crónica perianal ya sea secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal, o pobre higiene personal. La edad media de presentación suele ser los 43 años con un predominio en el sexo masculino. El riesgo de recurrencia tras la escisión es del 60 al 66%. El tratamiento aceptado para los tumores de la zona perianal es la escisión quirúrgica radical. Algunos casos se malignizan dando lugar a un carcinoma de células escamosas invasivo que puede requerir tratamiento con quimio y radioterapia.

Trabajo de revisión 2000-2010: abordaje y terapéutica laparoscopia

C. Jordán Chaves, J. Cañete Gómez, V. Sojo Rodríguez, J. J. Segura Sampedro, I. Ramallo Solís, A. Muñoz Ortega, M. Bustos Jiménez, M.J. Tamayo, F. Docobo Durántez, Padillo J.

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El presente estudio tiene como objeto mostrar nuestra casuística en pacientes operados de mucocele apendicular, además de evaluar la utilidad del tratamiento de la vía laparoscópica para el tratamiento de esta patología.

Material y métodos: Se analiza la incidencia, la clínica, la posibilidad de tratamiento por vía laparoscópica y la supervivencia de estos tumores diagnosticados en nuestro centro en el período entre Enero de 2000 y Enero de 2010. En este periodo de 10 años se intervinieron un total de 44 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de mucocele apendicular.

Resultados: De los 44 pacientes intervenidos 12 eran hombres (27%) y 32 eran mujeres (73%). La edad media de la serie fue de 57,74 años, con un rango entre los 19 y 92 años y una mediana de 62 años. Se realizó tratamiento urgente en 19 de los casos (43,2%), mientras que el resto fue intervenido de manera reglada. La presentación fue como cuadro apendicular agudo en 12 de los pacientes, cuadro de obstrucción intestinal en 5 casos y como dolor crónico en 3 casos. En el resto el diagnóstico fue postoperatorio, siendo por tanto el diagnóstico de mucocele un hallazgo casual con motivo de otra intervención quirúrgica. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, optando por apendicectomía laparoscópica en 4 de los pacientes. Los resultados obtenidos durante el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica evidenciaron un total de 12 Mucoceles de retención, 17 Hiperplasias mucosas, 12 Cistoadenomas mucinosos y 3 casos de Cistoadenocarcinoma, presentando un solo caso de pseudomixoma peritoneal difuso durante el seguimiento postoperatorio de la serie (2,3%). 20 de los pacientes presentaron una neoplasia acompañando al proceso, lo que supuso un 45,5% del total de pacientes. La patología tumoral más frecuente se localizó a nivel colo-rectal con 8 casos de adenocarcinoma de colon. El tipo histológico donde más se localizó patología tumoral acompañante fue en el cistoadenocarcinoma (66,7%), sin encontrarse diferencias importantes en la incidencia entre los otros tipos de mucoceles.

Conclusiones: A pesar de que existen autores que contraindican la laparoscopia para la apendicectomía y señalan siempre la conversión a cirugía abierta cuando se detecta un mucocele, pensamos que la valoración de cada caso debe ser individualizada y dado el avance continuo en la técnica laparoscopia abogamos por ser la técnica de elección en el tratamiento de esta patología, ya que además de una fácil extirpación del apéndice vermiforme con mínima manipulación del mismo y correcta protección del campo operatorio para evitar diseminación nos permite una correcta exploración de toda la cavidad abdominal en busca de adenopatías, siembras peritoneales y neoplasias asociadas al proceso pudiendo realizar tratamientos complementarios en caso de ser complementarios reduciendo las comorbilidades que conlleva para el paciente una laparotomía, reservando la cirugía convencional para aquellos en los que la extensión del proceso o la dificultad en la exéresis haga necesaria la laparotomía, siempre con el fin de mantener los cánones establecidos para la cirugía oncológica y más para un proceso de fácil diseminación como es este caso.

Adenocarcinoma mucinoso de colon con presentación atípica

Sergio Antúnez Martos, Daniel Palomo Torrero, Sebastián Palacios Rodríguez, David Legupín Tubío, Luís Bollici Martínez, Federico Serratos Gutiérrez, Auxiliadora Pérez Pardo y Matías Pradas Caravaca.

Hospital A.G.S. Serranía de Ronda. Málaga

Introducción: El adenocarcinoma mucinoso es una variedad relativamente frecuente de cáncer de colon. Su presentación clínica no suele diferir del resto del cáncer colo-rectal. Se caracteriza por la presencia de material mucinoso (coloide) extracelular.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 49 años con un Adenocarcinoma mucinoso de gran tamaño que se presentó clínicamente como dolor abdominal y masa palpable y que en la TAC aparece como un tumor de pared colónica simulando un GIST. En la endoscopia se apreció una masa pseudopoliipoidea a 90 cm de margen anal, no estenosante y con mucosa de aspecto normal. El resultado de la biopsia endoscópica fue de mucosa sin alteraciones y leiomioma mixoide. Con este diagnóstico se llega a la intervención donde se encuentra una gran masa en ángulo esplénico que parece, en su mayor parte, extraluminal, realizándose una colectomía segmentaria oncológica.

Resultados: La anatomía patológica confirmó la naturaleza casi exclusivamente extraluminal de la lesión, de 11 x 10 x 7 cm, con zonas necróticas-hemorrágicas y una pequeña área de ulceración mucosa. El examen microscópico reveló la existencia de glándulas de características malignas y la presencia de material mucinoso extracelular lo que confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso.

La evolución clínica fue excelente, siendo dada de alta al 7º día postoperatorio. Un año después permanece libre de enfermedad.

Discusión: Esta forma de presentación del Adenocarcinoma mucinoso es muy infrecuente. A pesar de endoscopia completa, biopsia y TAC el diagnóstico preoperatorio fue erróneo, sin embargo consideramos que el estudio preoperatorio fue

adecuado. Debido al aspecto agresivo y, a pesar de la anatomía patológica de la biopsia previa, no se estimó la biopsia intraoperatoria por lo que se realizó colectomía segmentaria oncológica sin dificultades técnicas añadidas.

Resumen: El estudio preoperatorio del cáncer de colon está bien definido, aunque la rareza del caso debe hacernos reflexionar sobre sus limitaciones y la actitud terapéutica ante una masa en colon. El adenocarcinoma en alguna de sus variedades sigue siendo el tumor maligno más frecuente en el colon. Sin embargo otros tumores como los GISTs deben ser considerados.

Masa retrorectal en paciente joven con dolor pélvico

C. Jordán Chaves, J. Cañete Gómez, J. J. Segura Sampedro, I. Ramallo Solís, V. Sojo, A. Muñoz Ortega, F. de la Portilla, J.M. Sánchez Gil, Padillo J.

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los tumores retrorectales son un diverso grupo de masas muy poco comunes, que suelen presentarse de forma asintomática. La mayoría son benignas, pero existe la posibilidad de que sean de etiología maligna.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 21 años de edad, que había sido sometida hacía dos años antes a una laparotomía exploradora por ginecología por sospecha de endometriosis ovárica y que no llegan a confirmar durante el acto quirúrgico.

Ante la persistencia de la sintomatología y la ausencia de hallazgos en la laparotomía, se solicitan resonancia nuclear magnética (RNM) donde se aprecia una masa retrorectal de contenido denso, por lo que es derivada a la unidad de coloproctología de nuestro hospital. Una nueva historia clínica revela que la paciente presenta síndrome obstructivo defecatorio intermitente, junto tenesmo rectal y expulsión de moco con la defecación, con sensación de masa retrorectal al practicar el tacto rectal.

En nueva ecografía abdominal se visualiza en región pararectal lesión sólida de 15x27x19mm. Además se le practica ecografía endorrectal, que no consigue ver la masa, repitiéndose finalmente la RNM, la cual objetiva lesión presacra de bordes bien definidos, hiperintensos en T1 y T2 e hipointensa en STIR, hallazgos que sugieren la posibilidad de lipomatosis pélvica.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica, apreciando durante el tiempo abdominal, tras no objetivarse masa alguna a nivel presacro durante el abordaje posterior, que la masa visualizada en la pruebas complementarias corresponde a un gran lipoma del meso-apéndice cecal.

Se procede a exéresis de la pieza siendo informada tras estudio histopatológico como proliferación lipomatosa de mesoapéndice de ciego.

Conclusiones: Los tumores retrorectales son muy raros siendo la mayoría de carácter benigno. Excluyendo las lesiones inflamatorias, las lesiones congénitas suponen un 66% de estos tumores, los neurogénicos un 11%, tumores osteocondrales el 11% y otras lesiones misceláneas en un 12%.

Su descubrimiento suele ser incidental, como masa blanda, posterior al recto, mal definida y generalmente en línea media. La compresión del recto va a resultar en un síndrome de obs-

trucción, defecatoria plenitud rectal, dolor abdominal bajo o defecación dolorosa- Aunque la mayoría de los pacientes presentan síntomas no específicos resultantes de compresión, desplazamiento o invasión de las estructuras pélvicas, víscera y nervios.

El realizar un tacto rectal es muy importante para palpar la posible masa. El diagnóstico de benignidad es principalmente por exclusión, pero basado en su apariencia radiológica y en la histología.

La TAC y la RMN son fundamentales, ya que informan del tamaño y la localización, pueden diferenciar lesiones benignas de las malignas y ayudan a establecer la estrategia quirúrgica.

Melanoma recto-anal primario, una entidad poco frecuente. A propósito de un caso

José Manuel Pacheco garcía, María de Los Ángeles Mayo Ossorio, Manuel Lopez Zurera, M^a deñ Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Daniel Pérez de Gomar, Ander Bengoechea trujillo, Manuel López Zurera, Antonio Gil Olarte perez, José Manuel Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El melanoma primario de ano o recto, es un tumor maligno poco frecuente con una incidencia anual de 1 o 2 casos /millón de habitantes año en el mundo occidental. La supervivencia a los 5 años está alrededor del 0-25% dependiendo de los diferentes autores. La respuesta del melanoma a la radioterapia y la quimioterapia es pobre y el tratamiento quirúrgico es controvertido. Presentamos el caso de un paciente con Melanoma anorectal intervenido recientemente en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente de 64 años, que acudió al servicio de digestivo por presentar clínica de masa anal abscesificada y dolorosa, con rectorragia de varios meses de evolución, sin afectación del estado general ni pérdida de peso, tras realizarse biopsia por dermatología con diagnóstico de melanoma amelanítico. AP: HTA, Nefrolitiasis, ictus hemorrágico con secuelas motoras derechas y afasia. Exploración: A la inspección anal se aprecia gran massa perianal que ocupa el suelo pélvico interóseo dura. TAC abdomino pélvico; Neoplasia de suelo pélvico de 7 cm de diámetro. RMN: Tumoración de recto inferior y región anal perineal sólida. Se intervino quirúrgicamente, realizándose resección rectosigmoidea incluyendo piel y musculatura del suelo pélvico así como mesorecto total y cierre de suelo pélvico con plastia V-Y bilateral de colgajos glúteos, así como colostomía terminal ilíaca izquierda. El resultado anatomopatológico de la pieza fue de Melanoma recto-anal. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

Discusión: El melanoma anorectal primario es una enfermedad poco frecuente y constituye del 0.25 al 1,25% de todas las neoplasias malignas en esta región anatómica. Suele darse en la 6^a o 7^a década de la vida, sin predilección por uno u otro sexo. La rectorragia es el síntoma inicial y el diagnóstico puede retrasarse porque suele confundirse con patologías benignas como las hemorroides y los pólipos rectales. La cirugía es el pilar del tratamiento incluyendo en el momento actual dos enfoques: uno conservador mediante la resección local ampliada y un enfoque más radical como la resección abdominoperineal. No hay diferencias significativas en las tasas de

supervivencia a los 5 años en ambos tipos, pero la incidencia de recidiva local es más alta en los pacientes sometidos a resección local ampliada. El pronóstico depende del estadio de la enfermedad, duración de los síntomas, del tamaño del tumor y del estado del paciente, por lo que el tratamiento quirúrgico debe individualizarse, aunque una resección completa del tumor es importante para la supervivencia. La radioterapia y la quimioterapia no ha añadido ventajas en cuanto a supervivencia. En el caso de nuestro paciente se optó por realizar una resección abdominoperineal debido al tamaño y la extensión de la lesión, así como una plastia en V-Y empleando los colgajos glúteos para reconstruir el defecto.

Hernia a través del hiato de Winslow

J Jorge, Paz A, G Navarro A, Álvarez MJ Segura M, Gonzalez F, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentamos un cuadro de oclusión intestinal secundario a una hernia interna poco frecuente.

Paciente y método: Paciente de 42 años sin patología previa, que acudió a urgencias por un cuadro de distensión y vómitos de 12 horas de evolución de inicio súbito. Así mismo, refería molestias abdominales cólicas frecuentes desde hace años que relacionaba temporalmente con las comidas. A la exploración el abdomen estaba distendido, timpanizado, sin defensa a la palpación. Análiticamente no mostraba alteraciones significativas. La TAC abdominal (figura 1) mostraba una hernia interna del ciego e ileon hacia el saco menor, a través del foramen de Winslow, como causa de la obstrucción intestinal.

Se decidió intervención urgente, confirmando los hallazgos de la TAC. Se redujo el material herniado, con signos de sufrimiento recuperable, y se cerró el foramen.

Resultados: La paciente sufrió un íleo postoperatorio (figura 2), por lo que se realizó TAC abdominal que evidenció una anomalía de rotación con el ciego e ileon en el hipocondrio derecho (figura 3). Paulatinamente recobró el tránsito intestinal y se procedió al alta a las 2 semanas de la intervención.

Conclusiones: La hernia a través del foramen de Winslow representa entre el 6 y el 10% de las hernias internas. Este defecto permite la comunicación entre la cavidad peritoneal y la transcavidad de los epiplones por debajo del hilio hepático, de derecha a izquierda. Las alteraciones embrionarias en el proceso de rotación intestinal y alteraciones en la fijación del colon derecho pueden favorecer esta entidad. Nuestra paciente padecía una anomalía anatómica de falta de rotación predisponiendo la herniación por el hiato de Winslow. Pueden causar clínica suboclusiva de forma crónica o un síndrome oclusivo agudo completo. El diagnóstico suele basarse en las imágenes de TAC. En el caso de obstrucciones agudas está indicada la intervención urgente, realizando la reducción del contenido a la cavidad peritoneal y el cierre del hiato para prevenir recidivas.

Exéresis de adenopatías metastásicas retroperitoneales tras cáncer colorrectal

Sojo Rodríguez V, Álamo Martínez JM, Segura Sampedro JJ, Ramallo Solís I, Jordán Chaves CA, Bernal Bellido

C, Suárez Artacho G, Marín Gómez LM, Serrano Diez-Canedo J, Gómez Bravo MA, Padillo Ruíz FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El objetivo del estudio es conocer la eficacia de la exéresis quirúrgica de las recidivas adenopáticas retroperitoneales del CCR.

Material y métodos: Hemos hecho un estudio observacional descriptivo, prospectivo, de una serie de 8 pacientes diagnosticados e intervenidos de carcinoma colorrectal, a los que se les diagnosticó posteriormente de recidiva en adenopatías retroperitoneales y se intervinieron de las misma. El periodo de estudio comprende de enero de 2005 a abril de 2011.

Resultados: El 62,5 de los pacientes fueron hombres frente al 37,5% de mujeres, presentando una edad media de 57 años. El 50% de los pacientes intervenidos por recidiva adenopáticas debutaron con un CCR estadio III, 25% estadio II y 25% estadio IV. El diagnóstico de todos ellos fue mediante PET-TC con captación sugestiva de malignidad. La anatomía patológica resultó como metástasis de adenocarcinoma de colon en un 87,5% de los casos. La recidiva de aquellos que fueron metástasis fue del 85,7%, el 100% de los pacientes con CCR estadio III y IV recidivaron. La recidiva fue nula en los pacientes en estadio II. El tiempo medio libre de enfermedad es de 10,75 meses. La supervivencia actuarial es del 85,7%.

Conclusiones: la exéresis de recidivas ganglionares en CCR es factible y con presenta una supervivencia elevada, si bien, la recidiva de la enfermedad es alta. Los pacientes que presentaban un estadio II cuando se sometieron a colectomía, presentan mejor pronóstico.

Una alternativa poco frecuente para el tratamiento de la fístula rectovaginal compleja

Becerra Ortiz RM, Mera Velasco S, Ruiz López M, González Poveda I, Carrasco Campos J, Toval Mata JA, Titos García A, Fernández Burgos I, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La fístula recto-vaginal, aunque menos frecuente que otras fistulas (menos del 5% del total), sigue constituyendo un problema de difícil resolución y que plantea diversas alternativas terapéuticas.

Presentamos un caso intervenido en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 55 años con antecedente de carcinoma de cérvix tratado hace dos años con quimioterapia + radioterapia + braquiterapia, con buena evolución y en la actualidad libre de enfermedad.

Consulta por emisión de heces por vagina, infecciones urinarias e intenso dolor vaginal y rectal que imposibilitaba la exploración.

Fue sometida a una exploración bajo anestesia evidenciándose una fístula recto-vaginal amplia, de unos 2,5-3 cm., en cara póstero-lateral izquierda de fondo de saco vaginal, decidiéndose, ante las malas condiciones locales, realizar una colostomía derivativa.

Diez meses después es intervenida encontrando cierta estenosis de canal anal, fondo de saco vaginal rígido de consistencia pétreo (biopsias intraoperatorias negativas para neoplasia) y una fístula recto-vaginal de tamaño similar al descrito.

Tras abrir el tabique recto-vaginal exponiendo la lesión, evi-

denciamos una vagina rígida que impide su reconstrucción así como un aparato esfinteriano con severos daños en su porción anterior.

Decidimos realizar una reconstrucción esfinteriana anterior con plastia de los elevadores y esfinteroplastia, seguido de una interposición de músculo bulbo-cavernoso derecho (Marthius) entre el recto y la vagina. Finalmente, al no conseguir cerrar el defecto vaginal por la rigidez comentada, realizamos un injerto cutáneo de piel perianal traspuesto a bordes vaginales.

El curso postoperatorio fue bueno y a los tres meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: A diferencia de otras fístulas, éstas raramente curan espontáneamente. La lesión obstétrica es la más frecuente seguida de causas infecciosas, inflamatorias o raras. Pueden abordarse por vía vaginal, perineal o endorrectal. Los resultados son variables y mejoran con la interposición de tejidos en el tabique recto-vaginal.

Resultados y conclusiones en cuanto a cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal y enfermedad diverticular de colon realizada en hospital clínico de Málaga desde año 2008

Lucena Navarro, F.; Lobato Bancalero, L.A.; León Díaz F.J.; Fernández García F.; Rivas Marín, J. Cabrera Serna, I.; Maíquez Abril, R.; Cañizo Rincón, I.; Soler Humanes, R.; Sanchíz E.

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Presentar nuestra serie de pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica en patología de cáncer colorrectal y enfermedad diverticular del colon desde el año 2008

Analizar y estudiar datos recogidos de estos pacientes que han sido sometidos a cirugía laparoscópica de colon y evaluar las principales complicaciones postoperatorias.

Comparar nuestros resultados con otras series y con los resultados en cirugía abierta.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional, en el que han sido incluidos todos los pacientes intervenidos por vía laparoscópica de cáncer colorrectal y enfermedad diverticular del colon desde el año 2008 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Mediante la Historia Clínica del paciente han sido recogidos datos preoperatorios como el número de historia clínica, edad y sexo.

Se valorará el tipo de intervención, reconversión a cirugía abierta, localización y estadio tumoral, así como proporción de ganglios afectos.

Serán evaluadas posibles complicaciones postoperatorias como infecciones de herida quirúrgica, sangrado, reintervención, dehiscencia de anastomosis, y estancia hospitalaria.

Material: Historia clínica de todos los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal y enfermedad diverticular del colon por vía laparoscópica en los dos últimos años en el Hospital Clínico de Málaga.

Hoja de recogida de datos Excel con una serie de parámetros pre y postoperatorios que son aquellas complicaciones

más frecuentes que se presentan en la cirugía colorrectal así como otros datos de interés.

Resultados: Los resultados serán expuestos detalladamente mediante imágenes gráficas en formato tipo pósters. la fecha de exposición de la comunicación.

A destacar una escasa número de reconversiones a cirugía abierta, un reducido número de complicaciones en el postoperatorio inmediato en nuestra serie y una disminución importante de estancia hospitalaria en comparación con la demás series de cirugía abierta.

Conclusiones: Lo avances tecnológicos han permitido que la cirugía laparoscópica se aplique de forma progresiva en el tratamiento de la patología colorrectal, tanto benigna, como maligna. Sin embargo, la aceptación de la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal no se ha producido de forma tan rápida como en otras patologías y sigue siendo motivo de controversia.

Existe la evidencia obtenida en estudios prospectivos y aleatorizados de que la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal es técnicamente posible, segura y presenta las ventajas del abordaje laparoscópico en comparación a la cirugía abierta.

Las ventajas son las ya conocidas del abordaje laparoscópico. Entre los inconvenientes se encuentran la prolongación del tiempo operatorio, el índice de complicaciones y, para algunos autores, la tasa de conversión. Todo ello está en relación directa con la experiencia del cirujano,

Nuestros resultados obtenidos y comparándolos con el resto de series son muy positivos, habiendo obtenido un índice de reconversión muy bajo, con unos tiempos quirúrgicos que se aproximan al resto de las series, así como una tasa de complicaciones postoperatorias muy reducidas. A destacar una disminución significativa de la estancia hospitalaria en comparación con la cirugía abierta.

Todo esto nos anima a seguir trabajando y mejorando nuestra curva de aprendizaje a favor de ofrecer a los enfermos una cirugía laparoscópica de calidad y con claros beneficios en este tipo de patología

Calidad de vida de los pacientes tras realización de proctocolectomía restauradora (PCR) con reservorio ileal en J.

Gutiérrez Moreno M, Gómez Cabeza de Vaca V, Muñoz Ortega AM, Cañete Gómez J, De la Portilla de Juan F, Sánchez Gil JM, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Cirugía Coloproctológica, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La calidad de vida de los pacientes con reservorio ileoanal se ve menguada fundamentalmente por el número de episodios de urgencia defecatoria, deposiciones diurnas y nocturnas y por la incontinencia fecal.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes tras proctocolectomía restauradora (PCR) con reservorio ileoanal en J, debido a poliposis adenomatosa familiar (PAF) o a enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI).

Material y métodos: Desde febrero de 1990 hasta noviembre de 2007 se han practicado 76 PCR, de los que se ha conseguido evaluar la calidad de vida a 58 pacientes (76% de los intervenidos). El método para evaluarla fue una encuesta reali-

zada en consulta o por teléfono donde se medían, entre otros, los siguientes parámetros: calidad de vida (excelente, buena, regular, mala), dolor abdominal (número de episodios por semana), deposiciones diurnas y nocturnas (número diario), tipo de incontinencia fecal (total, sólido, líquido, gas), urgencia defecatoria (sí/no), limitación (personal, laboral o social).

Resultados: La calidad de vida es descrita en casi el 90% de los casos como excelente (22 pacientes) o buena (29 pacientes); es considerada regular en el 10% (6 casos) y mala en el 2% (1). No existe ningún tipo de limitación (personal, laboral o social) en más del 75% de los pacientes (44), si bien cerca del 30% (17) describe algún tipo de restricción en la dieta. Sólo 5 pacientes (8.6%) tienen ileostomía definitiva. En cuanto a sintomatología digestiva: cerca del 70% de los pacientes (40) no presenta dolor abdominal, y el 20% (11) describe una frecuencia máxima de 1 vez por semana; la mayoría de los pacientes (30%) presenta 4-5 deposiciones diurnas; deposiciones nocturnas presentan el 48% de los pacientes, siendo en el 32% de los casos menor o igual a 3; urgencia defecatoria o rectorragia está presente en menos del 20%, y prurito anal en el 26%; el 65% de los pacientes no presenta ningún tipo de incontinencia fecal, en el 5% de los pacientes la incontinencia es total.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con proctocolectomía restauradora perciben su calidad de vida como excelente o buena, no encuentran limitación alguna (personal, laboral o social) y no presentan incontinencia fecal.

Actividad quirúrgica del residente en la cirugía programada del cáncer colorrectal

Gutiérrez Moreno M, Méndez García C, Sojo Rodríguez V, Vázquez Monchul JM, De la Portilla de Juan F, Sánchez Gil JM, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Coloproctología, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Según lo publicado en 2002, se estima que un residente de cirugía general debe operar en torno al 18% de los CCR intervenidos de manera electiva y vía laparotómica en nuestro país.

Objetivo: Determinar el porcentaje de intervenciones realizadas por el residente de 4º año en la Unidad de Coloproctología, y sus complicaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de CCR e intervenidos por los residentes de manera programada y vía laparotómica en la Unidad de Coloproctología desde enero 2007 hasta noviembre de 2008.

Resultados: De los 148 pacientes intervenidos en todo el período, en el 14% (21) participó el residente como cirujano principal, en el 16% (23) como primer ayudante y como segundo ayudante en el 22% (32). El mayor número de intervenciones realizadas fueron hemicolectomías derechas y resecciones anteriores bajas (6 pacientes en cada caso, 28,57%). El 3.44% de las AAP realizadas en la Unidad fueron operadas por el residente (1 paciente). En más del 55% de las intervenciones realizadas sobre colon izquierdo (4 de 7) y sobre sigma (11 de 20), el residente participó como cirujano principal o como primer ayudante. En lo que respecta al número de intervenciones asistidas como primer ayudante, las 3 más frecuentes fueron las neoplasias de colon izquierdo (42.85%, 3 casos), las

de sigma (35%, 7 casos) y las de ángulo hepático (28,57%, 2 casos). En lo referente a las complicaciones, los pacientes intervenidos por residentes no han tenido ni dehiscencias de sutura ni evisceraciones, ni tampoco han sido reintervenidos. Sólo 1 caso (4,76%) presentó complicación -infección de herida quirúrgica- evolucionando favorablemente con tratamiento antibiótico intravenoso y curas diarias.

Conclusiones: En nuestro hospital los residentes de 4º año operan como cirujano principal un porcentaje algo menor al esperado. Hemicolectomía derecha y RAB son las intervenciones más realizadas. Sólo presentó complicación 1 paciente, concretamente infección de la herida quirúrgica.

Colitis pseudomembranosa fulminante

M^aLuisa Reyes Díaz, Alejandra Gordillo Hernández; Jose Antonio López Ruiz; Claudio José Lizarralde Gómez; Francisco Del Río Lafuente; Laura Sánchez Moreno; Díaz Milanés, J.A., Mauricio Alvarado C., Jose López Pérez; Fernando Oliva Mompean.

H.U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La Colitis Pseudomembranosa ha aumentado la incidencia de forma exponencial en los últimos años, el 90/95 % de los casos se debe al Clostridium Difficile, pero hay un 5 ? 10 % restante que presentan toxina negativa, y que crea mayor incertidumbre a la hora de comenzar el tratamiento, lo que hace que el cuadro evoluciones de forma fulminante.

Caso clínico: Presentamos a una paciente que acude a urgencias por cefaleas que no responden a analgésicos ni antiinflamatorios, se diagnostica de hemorragia subaracnoidea y se ingresa en planta para evolución y control. Como antecedentes destaca infecciones urinarias de repetición tratada con amoxicilina-clavulánico. Durante su ingreso comienza con dolor abdominal difuso, alteraciones del tránsito intestinal y náuseas. Ante estos hallazgos deciden realizar un TAC abdominal urgente que se informa como engrosamiento de toda la pared colónica. Con estos resultados se avisa al Servicio de Cirugía General, que explora al paciente objetivando un abdomen peritonítico. Se realiza laparotomía de urgencia apreciándose líquido libre y dilatación de todo el colon e ileon proximal, ante la sospecha de síndrome de Ogilvie se decide realizar cecostomía con sonda de Foley, tras la intervención la paciente no presenta mejoría, se practica colonoscopia que informan de colitis pseudomembranosa, se realiza estudio de toxinas que en todo momento es negativo. A pesar del tratamiento con Vancomicina y Metronidazol la paciente no experimenta ningún cambio favorable y entra en shock séptico y fallo multiorgánico, ante tal situación se decide intervención quirúrgica urgente realizándose colectomía total + ileostomía, se envía muestra a anatomía patológica que informa de colitis pseudomembranosa. El postoperatorio cursa de forma favorable, actualmente de alta con buen control de la ileostomía y asintomática.

Discusión: La mortalidad por colitis pseudomembranosa ha aumentado de forma considerable en los últimos años, principalmente relacionado con la mayor incidencia de casos fulminantes. La mortalidad asociada a colectomía total en estos pacientes ronda el 60 % no sólo por la complejidad de la intervención en sí, sino también por la situación de fallo

multiorgánico y shock en la que llegan estos enfermos al quirófano. La tendencia actual es a identificar estos pacientes a tiempo, pero la complejidad se presenta cuando el diagnóstico es confuso como en el caso de nuestra paciente que la negatividad de las toxinas nos hace dudar en primera instancia, actualmente preocupa el aumento de casos con toxina negativas y el comienzo tardío de tratamiento en este tipo de pacientes.

Enfermedad diverticular: absceso inguinal como debut

Vecino Bueno, Cristina; López Ruiz, Jose; Del Río Lafuente, Francisco; Oliva Mompean. Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Presentamos el caso de un paciente de 50 años sin antecedentes de interés que ingresa desde urgencias por cuadro de dolor inguinal de 1 mes de evolución e inflamación en los últimos 7 días en dicha región. El paciente no refiere fiebre, no presentó clínica abdominal ni alteraciones del tránsito y desconocía que padeciese diverticulosis colónica. La zona resultaba dolorosa a la palpación, de consistencia blanda y fluctuación en la región central donde presentaba crepitación. Los límites en profundidad se encontraban mal definidos y ante el hallazgo inusual de crepitación se decidió realizar prueba de imagen que aclarase origen o profundidad de la lesión. El TAC abdominal describe la existencia enfermedad diverticular localizada en colon sigmoideo con perforación que se abre hacia canal inguinal y es la causante del absceso en dicha región.

Con este diagnóstico se decidió realizar drenaje del absceso inguinal y tratamiento antibiótico utilizando Piperacilina-Tazobactam. Tras 96 horas de evolución se realizó TAC abdominal de control observándose disminución del plastrón inflamatorio, persistiendo contacto del sigma con la pared abdominal. Como consecuencia a esto, se originó fístula enterocutánea con buen control del débito.

Se programó cirugía electiva transcurridos 15 días del alta hospitalaria realizándose sigmoidectomía con anastomosis termino-lateral y resección del trayecto fistuloso residual.

Traumatismo anal por violación

Almudena Moreno, Elena Yague, Vanesa Maturana, Manuel Felices, Angel Reina, Francis Rubio

CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: Los traumatismos anorectales, aunque infrecuentes, pueden presentar severas complicaciones. La población joven que esta en etapa activa es la que con mayor frecuencia sufre este tipo de traumatismos. Los agentes causales más frecuentes son los cuerpos extraños (52%) y los traumatismos externos (20%).

Presentación del caso: Paciente de 35 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por presentar proctalgia intensa tras traumatismo anal violento con desgarramiento importante de la región. En la exploración física se encontró desgarramiento de pared completa afectando toda la pared del recto, mucosa y submucosa, esfínter anal interno, esfínter anal externo y músculo puborectal. En quirófano, bajo posición de navaja sevillana, se realizó lavado exhaustivo de la herida

con agua oxigenada y esfinteroplastia terminal del esfínter anal interno y externo, con cierre de la mucosa en un plano y piel y colocación de un drenaje tipo Penrose. Se administraron antibióticos de amplio espectro intravenosos, y vacuna antitetánica (toxóide tetánico) y fue dado de alta al 7º día sin complicaciones, tras una evolución satisfactoria.

Discusión: Las lesiones anorrectales, en los países desarrollados, son habitualmente producidas por abuso sexual. Los abusos sexuales aparecen como un fenómeno, en gran parte desconocido, negado por las víctimas y, en consecuencia, insuficientemente tratado.

Las lesiones van a depender de la naturaleza del cuerpo (forma, tamaño) y del mecanismo de introducción. Las lesiones más graves son aquellas provocadas como acto criminal que producen dilaceraciones anorrectales muy graves con perforación del recto. El diagnóstico de la lesión y su magnitud debe ser precoz para poder obtener los mejores resultados. La conducta y exámenes a practicar dependerán de cada caso en particular. El tratamiento de elección contempla una colostomía de derivación, drenajes presacros, lavados, reparación electiva de la lesión y antibióticos de amplio espectro. Debe ser efectuado por un cirujano especialista y con experiencia en este tipo de lesiones, a fin de evitar las secuelas que puedan ocasionar daños irreparables que comprometerán la calidad de vida de estos pacientes. La complicación más grave es la infección y a largo plazo, la insuficiencia esfinteriana.

Hemorroidectomía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Análisis de una serie de 231 pacientes a los 3 años.

Navas Cuéllar, JA; Docobo Durántez, F; Jiménez Riera, AG; García Martínez, JA; Vázquez Monchul, J; Padillo Ruiz, FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. SEVILLA

Introducción: La patología hemorroidal es una patología frecuente en las consultas de Cirugía. La hemorroidectomía se establece como su tratamiento definitivo. La posibilidad de alta el mismo día manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en al alta el mismo día

Materia y Métodos: En el año 2007 se intervinieron un total de 231 pacientes por patología hemorroidal en régimen ambulatorio (27.76% del total de intervenciones proctológicas). Criterios de inclusión: patología hemorroidal con máximo de 2-3 nódulos; criterios de ambulatorización. Criterios de exclusión: No cumplir criterios de ambulatorización; presencia de más de 3 nódulos. Se valoran las características de la serie en cuanto a edad y sexo. Técnicas anestésicas. Técnicas realizadas (Ferguson-Milligan Morgan). Número de nódulos tratados. Complicaciones. Índice de sustitución en el día. Índice de satisfacción. Revisiones a 48h, 30 días y a los 3 años.

Resultados: Se realizaron 248 intervenciones en los 231 intervenidos por hemorroides. Edad media: 41.62 años. Sexo: 130 mujeres (56.28%); 101 varones (43.72%). Número de nódulos: 1: 64 (27.71%); 2: 151 (65.37%); 3: 16 (6.92%). Segunda intervención: 14 pacientes (6.06%). Técnica: Ferguson: 176 (76.19%); 2ª intervención: 13. Milligan-Morgan: 55 (23.81%); 2ª intervención: 4. Anestesia: Raquídea: 101 (43.72%);

Local+sedación: 130 (56.28%). Alta: CMA: 226 (97.84%); 24 horas: 4 (1.73%); +24 horas: 1 (0.43%). Reingreso: 3 (1.29%), causas: dolor (2) y sangrado (1). Controles: Curación: 228 (98.70%); recidiva o persistencia: 3 (1.30%).

Controles a los 3 años: 209 pacientes (90.4%) y 219 procedimientos. Edad media: 45.71 años. 118 mujeres (56.5%); 91 varones (43.5%). Tipos de anestesia: Local 115 (55%), regional 94 (45%). Alta en día: 205 (98%), en 24 horas: 4 (2%). Técnica: Ferguson: 160; 2ª intervención: 8. Milligan-Morgan: 49; 2ª intervención: 2. Recidivas en 3 años: 6 (2.8%). Reintervención: 5 (2.4%). Índice de Satisfacción: Muy satisfechos: 61 (29 %), Satisfecho: 112 (54 %). Dudarían: 29 (13.7%). No repetirían: 7 (3.3%).

Conclusiones: La hemorroidectomía es un procedimiento que se puede realizar en régimen de cirugía mayor ambulatoria con eficacia y seguridad.

Shock séptico y absceso de pared abdominal como debut de adenocarcinoma de ciego. Informe de un caso

De los Reyes Lopera N, López Ruiz J, Marengo de la Cuadra B, Oliva Mompeán F.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Unidad Clínica de Gestión de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sevilla.

Abstract: Las neoplasias malignas de colon suelen presentarse clínicamente como síndromes constitucionales, acompañados de síndrome anémico por pérdidas crónicas, pérdida ponderal, sangrado agudo o cuadro oclusivo o pseudooclusivo. En ocasiones pueden manifestarse mediante cuadros clínicos más infrecuentes. Presentamos un caso clínico de una paciente de 68 años en el que un adenocarcinoma de ciego se manifestó de forma aguda como un cuadro séptico, con celulitis en flanco derecho del abdomen. La TAC informó una neoplasia de ciego con perforación hacia pared abdominal, con absceso a dicho nivel de 12x17,4x5,8 cm. Se realizó hemicolectomía derecha de urgencias, resección de íleon distal e ileostomía terminal.

Diverticulitis cecal como causa infrecuente de abdomen agudo

Ander Bengoechea Trujillo, Marcos Alba Valmorisco, Daniel Perez Gomar, Maria Angeles Mayo Ossorio, Carmen Bazan Hinojo, Jose Maria Pacheco Garcia, Manuel López Zurera

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: La diverticulosis cecal es una rara entidad con una incidencia alrededor de 0\17-1% siendo más frecuente en países orientales. Su complicación más frecuente es la inflamación, viéndose en el 13\4% y su presentación suele ser confundida con la apendicitis aguda. Presentamos dos casos de diverticulitis cecal como forma de presentación de abdomen agudo.

Caso 1: Mujer de 34 años con antecedente personal de una cesárea hace 11 meses y fumadora de un paquete al día, que acude al servicio de urgencias por dolor que localiza en FID de un día de evolución con empeoramiento progresivo. Afebril, sin náuseas ni vómitos, no alteraciones del hábito intestinal ni síndrome miccional. En la exploración el abdomen era

blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada con signos de irritación peritoneal. Análíticamente Leucocitosis y elevación de PCR. Se realiza una TAC abdominal: masa en unión ileocecal con contenido calcificado compatible con fecalito. Apéndice cecal normal. Se interviene quirúrgicamente y se aprecia divertículo cecal inflamado con fecalito en su interior; se realiza resección ileocecal. Tras un post-operatorio sin complicaciones es dada de alta el 8º día. Anatomía Patológica: Divertículo cecal solitario y diverticulitis.

Caso 2: Varón de 35 años que acude a Urgencias por dolor en FID de tres días de evolución. Análíticamente leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza ecografía y TAC abdominal con imagen sugestiva de proceso apendicular con plastrón. Se interviene realizándose abordaje laparoscópico apreciándose tumoración en región ileocecal sugestiva de proceso inflamatorio agudo vs tumoración. Se completa una hemicolectomía derecha realizando minilaparotomía de 8 cm para extracción de pieza y realización de anastomosis. El paciente fue dado de alta al 5º día. Anatomía Patológica: Divertículo cecal perforado y diverticulitis.

Discusión: La diverticulosis del colon derecho se presenta más frecuentemente en poblaciones asiáticas (70%). Puede formar parte de la enfermedad diverticular de todo el colon o a veces sólo aparecer en el ciego. A diferencia de la diverticulosis sigmoidea, la etiología suele ser congénita en vez de adquirida, y suele ser un divertículo único, el cual, se compone de todas las capas del colon incluyendo la muscularis mucosae y la muscularis propia. La edad media de presentación es alrededor de 40 años, unos 20 años antes que la diverticulosis izquierda. Esta entidad suele ser silente y sólo presenta síntomas cuando se produce una complicación como la inflamación -viéndose alrededor del 13%- la hemorragia o perforación. Clínicamente es indistinguible de una apendicitis aguda por lo que nos plantearíamos el diagnóstico diferencial con la propia apendicitis, una tumor de colon o una ileitis terminal. Entre los estudios de imagen la Ecografía y la TAC presentan una sensibilidad y especificidad parecidas (98%). Las radiografías simples de abdomen podríamos evidenciar un fecalito en un 50%. Así mismo el enema opaco podría delimitar la imagen del divertículo o del fecalito. Su tratamiento, la mayoría de las veces realizado de urgencia, varía muy ampliamente desde la diverticulectomía simple, cuando el proceso inflamatorio se circunscribe al divertículo afectado, hasta la hemicolectomía derecha si se observa afectación intensa de toda la zona o hay dudas diagnósticas con proceso neoplásico. Por otro si se halla en el transcurso de una laparotomía un divertículo cecal solitario, se recomienda la invaginación y sutura en bolsa de tabaco.

Dehiscencia anastomotica por impactación fecal en un contexto de fast-track

imenez Mazure C, Gonzalez Poveda I, Ruiz Lopez M, Mera Velasco S, Carrasco Campos J, Toval Mata JA, Valle Carbajo M, Becerra Ortiz R, Santoyo Santoyo J

HRU Carlos Haya. Málaga

Introducción: En los últimos años se está implantando en la cirugía electiva del colon, el programa de rehabilitación multimodal, que incluye la no preparación mecánica del colon, ya

que ésta evita trastornos hidroelectrolíticos, preserva la flora intestinal bacteriana y evita la formación de heces líquidas que filtren a través de la anastomosis. Sin embargo, estas heces más compactas pueden favorecer la hiperpresión dentro de la luz a su paso a través de la anastomosis, y favorecer su isquemia. Nosotros presentamos el caso de un paciente que en el postoperatorio de una hemicolectomía izquierda realizada por vía laparoscópica presenta un fecaloma impactado a nivel de dicha anastomosis, secundaria a la preparación libre de residuos que condicionan unas heces tan compactas, que las convierten en las responsables de una disrupción de la anastomosis, con la consiguiente peritonitis secundaria.

Caso clínico: Varón 60 años, fumador 10 paq/año, exbebedor, VHC positivo, e IRC en programa de hemodiálisis que es remitido a nuestra consulta por presentar masa estenosante a nivel de colon sigmoide, de aspecto neoplásico a la colonoscopia, pero con biopsia negativa para células neoplásicas. Se incluye en el programa de rehabilitación multimodal y se realiza sigmoidectomía laparoscópica de forma programada. Presenta evolución favorable hasta el 7º día postoperatorio, que comienza con dolor súbito en hipogastrio, postración y defensa. En TC abdomen realizado de forma urgente se objetiva neumoperitoneo y pequeña cantidad de líquido libre. Se interviene de forma urgente, objetivando dehiscencia de anastomosis secundaria a gran fecaloma impactado en zona proximal a anastomosis, con peritonitis purulenta en pelvis y flanco izquierdo. Se realiza resección de anastomosis, lavado exhaustivo de cavidad y colostomía en FII. Pasa a UCI, requiriendo drogas vasoactivas y perfusión de seguril para mantener diuresis. Puede ser extubado a las 72h, presentando desde entonces un postoperatorio favorable, salvo infección de sitio quirúrgico que es tratado de forma conservadora.

Discusión: La preparación mecánica intestinal es una práctica habitual en cirugía electiva colorrectal, instaurada a principios del siglo XX, y empleada como herramienta para disminuir la tasa de infección. La disminución de la carga bacteriana, o la tensión e isquemia que podría provocar el paso de las heces a través de la anastomosis son algunos de los argumentos que se emplearon para defender esta técnica. Si bien es cierto que la no preparación del colon en cirugía electiva ha conseguido obtener porcentajes de infección y dehiscencia anastomotica aún más bajos, y que su empleo debe superponerse a la tradicional preparación mecánica, es una práctica no exenta de riesgos, como se muestra en el caso clínico arriba expuesto.

Adenocarcinoma mucinoso sobre trayecto fistuloso perianal

J. Granados, J. Plata, R. del Rosal, A. Naranjo, S. Fuentes, MC. Pérez, P. Ruiz.

Hospital Infanta Margarita de Cabra. Córdoba

Introducción: El adenocarcinoma mucinoso de localización perianal constituye entre el 3 y el 11% de todos los carcinomas anales. Puede surgir de novo o a partir de una cavidad de una fístula o absceso, probablemente a partir de las glándulas anales. La relación etiológica exacta con fístula anal no se establece claramente. Es un cáncer agresivo a menudo mal diagnosticado y que se confunde por su asociación a patología

considerada benigna. Existen únicamente descripciones aisladas en la bibliografía.

Material y método: Paciente de 75 años, con HTA, EPOC y DM tipo II sin otros antecedentes de interés, al que en junio del 2010 se le realiza drenaje de absceso isquiorectal derecho con drenaje espontáneo en la línea media del canal anal por encima de la línea pectínea. Durante su seguimiento en consulta presenta absceso isquiorectal izquierdo con supuración espontánea.

A la exploración física presenta en GP 2 orificios fistulosos situados a las 3 y a las 9 h a unos 3 cms del margen anal, evidenciándose en el tacto rectal orificio interno a las 12 h justo por encima de la línea pectínea.

El estudio con RMN informa de la presencia de un absceso interesfinteriano en herradura con comunicación con el canal anal a las 5 horas y con un trayecto fistuloso interesfinteriano izquierdo con apertura cutánea.

El paciente es incluido en LEQ pero no es posible intervenirlo en su momento por presentar neumonía con descompensación de su EPOC, siendo reevaluado en consulta, donde se aprecia la presencia de un tejido fungoide que ocupa todo el trayecto fistuloso y protruye por sendos orificios fistulosos externos y por el interno, sin evidencia de dicho tejido en canal anal. Se toma biopsia que es informada como nidos glandulares de un adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado. Se realiza estudio de extensión que es negativo y colonoscopia donde no se aprecia tumor en recto ni canal anal.

Se decide iniciar tratamiento con quimioradioterapia neoadyuvante y posteriormente amputación abdominoperineal por laparoscopia.

Conclusión: La biopsia de aquellos trayectos fistulosos de evolución tórpida es fundamental para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, sobre todo si se tiene en cuenta el mal pronóstico del adenocarcinoma mucinoso, cuyo tratamiento consiste básicamente en quimioradioterapia neoadyuvante y la amputación abdominoperineal con o sin linfadenectomía inguinal.

Implantación del Fast-track en un hospital de alta resolución: factibilidad y efectividad

Romero Vargas, ME; Palacios García, E; Del Álamo Juzgado, C; Muñoz Pozo, F; Herrera Gutierrez, L; Roldán Aviña, JP

HAR. Écija. Sevilla

Introducción: La rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal, o Fast-track, ha supuesto una revolución en el manejo postoperatorio de los pacientes con cáncer de colon, no solo desde el punto de vista médico, sino que ha supuesto una mejora física y psicológica trascendental para el paciente que sufre un cáncer.

Convencidos de que este abordaje multidisciplinario y activo del paciente es posible dentro de un hospital de alta resolución, diseñamos e iniciamos un protocolo Fast-track, de acuerdo al modelo expuesto por Kehlet et al. Podemos concluir, pese al escaso número de casos y las desviaciones atribuibles a la curva de aprendizaje, que la implantación ha sido altamente satisfactoria, favorecida incluso por las reducidas dimensiones de nuestro centro, siendo los resultados perfec-

tamente extrapolables a los de hospitales con mayor volumen de casos.

Pacientes y métodos: Se incluyen los pacientes intervenidos por neoplasias de colon y recto en el periodo 2008-2011. Todos han sido sometidos a rehabilitación fast-track según las directrices del protocolo diseñado por nuestra unidad cumpliendo todos los requisitos establecidos en este tipo de cuidados perioperatorios.

Resultados: Desde la implantación del protocolo se han intervenido 9 cánceres de intestino grueso y 2 pólipos displásicos de alto grado. El estudio comprende 7 hombres y 4 mujeres entre los 65-79 años con ASA de II-III (4 asa 3, 5 ASA 2). En todos los casos se verificó el cumplimiento del protocolo preoperatorio, el anestésico y el quirúrgico intraoperatorio. No hubo incidencias en el acto quirúrgico en ningún caso, tanto en su fase intraoperatoria como en el posoperatorio inmediato.

Las técnicas realizadas fueron: 2 resecciones parciales de colon, 5 hemicolectomías derechas, 2 sigmoidectomías y 2 resecciones anteriores bajas.

La estancia media fue de 3,8 días (rango 2-6). En los últimos cinco casos ha disminuido a 2,8 días. En dos de los casos, los primeros de la serie, una deposición hemática al tercer día retrasó el alta, no requiriendo más medidas que observación en un caso y transfusión en otro. Hubo un caso de distensión abdominal (cáncer de recto) cuya única implicación fue un retraso en la introducción de la dieta. No hubo más complicaciones. No existieron reingresos tras el alta.

Comentario y Conclusiones: La implantación del protocolo de fast-track significa un cambio tan radical para el cirujano, el anestesista y todo el equipo sanitario que atiende al paciente con patología quirúrgica de colon, que es inevitable el efecto e curva de aprendizaje. En nuestra serie, los casos iniciales vieron sus estancias prolongadas más por exceso de prudencia y reparos que por necesidad real de mantener la vigilancia. A pesar de la limitación en medios e infraestructura, la seguridad que aporta este tipo de cuidado postoperatorio, hace que los hospitales de alta resolución sean un marco perfectamente válido para su desarrollo.

¿Qué debe hacer un cirujano general cuando en una cirugía (electiva o urgente) por cáncer colorrectal encuentra una carcinomatosis peritoneal?

Morales, A; Torres Melero, J; Verdejo L; Muñoz Casares, C; Rufán S; Motos, J; Arjona A; Moreno, A.

Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis. UGC de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería. Almería

Introducción: La carcinomatosis peritoneal (CP) es la diseminación a nivel intraabdominal de los cánceres gastrointestinales, ginecológicos y de otros tumores, con o sin evidencia de otra expresión tumoral metastásica. Puede ser de origen primario o secundaria. Su incidencia es difícil de establecer dadas las limitaciones de las actuales determinaciones biológicas (marcadores) y medios de diagnóstico por la imagen. No obstante, en el cáncer colorrectal (CCR), la CP se detecta coincidiendo con el diagnóstico del tumor primario en el 10%-15% de los pacientes. El 40-70% de los pacientes tratados

de cáncer colorrectal presentan una recidiva en una o varias localizaciones y en el 10%-40% de estos pacientes esta recidiva se localizará de forma exclusivamente peritoneal.

Propósito: Exponemos una serie de recomendaciones para todo aquellos cirujanos que se encuentren ante una carcinomatosis peritoneal de origen CCR (de forma electiva o urgente por complicaciones). Qué actitudes diagnósticas / terapéuticas deben realizarse con el fin de que estos pacientes sean tratados, con intención potencialmente curativa, por unidades especializadas en cirugía oncológica peritoneal.

Pacientes y métodos: Ante una carcinomatosis peritoneal no sospechada, el cirujano debe definir el grado de diseminación peritoneal mediante el indicador PCI (índice de carcinomatosis peritoneal), éste permite una adecuada selección de pacientes para tratamiento multimodal (CC+HIPEC), evitando reintervenciones innecesarias y permitiendo establecer un algoritmo estándar de tratamiento que contribuye a un adecuado manejo futuro. Responderemos también a una serie de cuestiones importantes, tales como: ¿debe ser reseado el tumor primario si hay CP? ¿cuándo?, ¿que debemos hacer cuando el tumor primario no es obstructivo, o lo es parcialmente? y si es obstructivo ¿cuál debe ser nuestra actitud?. Junto a estas preguntas trataremos, entre otros, diversos aspectos relacionados como: ¿debe ser reseada la carcinomatosis peritoneal mínima incidental?, ¿deben remitirse a Unidades especializadas?

Conclusión: En la actualidad, disponemos de suficiente evidencia científica para afirmar que la carcinomatosis peritoneal y los tumores peritoneales primarios pueden tratarse con intención curativa. Una selección adecuada de pacientes y la participación de equipos cohesionados y especializados son la clave para el éxito. El cirujano general debe conocer qué debe hacer y que otros gestos quirúrgicos debe evitar para que estos pacientes tengan jesa opción potencialmente curativa. Además, es importante facilitarle su labor, dando a conocer que Unidades-Programas (GECOP), se dedican al tratamiento de estos pacientes mediante diversas técnicas, entre ellas, la cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria. En Andalucía contamos con dos centros reconocidos y avalados por las autoridades sanitarias para el tratamiento de estos pacientes: H. Reina Sofía de Córdoba y H. Torrecárdenas de Almería.

Carcinoma sebáceo y síndrome muir-torre. A propósito de un caso

José Jacob Motos Micó; Elena Yagüe Martín; Manuel Felices Montes; Leandro García Balart; Teresa Alves Conceição; Diego Rodríguez Morillas; Juan José Bonillo
C.H Torrecárdenas Almería. Almería

Introducción: El síndrome de Muir-Torre es una genodermatosis de herencia autonómica dominante. Se asocian múltiples tumores viscerales de bajo grado, normalmente carcinomas colorrectales, con tumores sebáceos de la piel. Representa la expresión fenotípica del cáncer de colon familiar no asociado a poliposis. El síndrome de Muir-Torre podría ser el resultado de una mutación en los genes responsables de la reparación del ADN e inestabilidad de microsátélites. Nuestro

objetivo es presentar un caso de carcinoma sebáceo en el contexto de un síndrome de Muir-Torre.

Pacientes y métodos: Paciente mujer de 63 años que consultó por la aparición de 5 meses antes de tumoración en región glútea superior izquierda acompañada de discreto sangrado

Entre sus antecedentes personales destacaba un cáncer de colon. A la exploración presenta tumoración de 4 cm en región superior glútea mamelonada de consistencia pétreo no adherida a planos profundos.

Resultados: La tumoración glútea fue extirpada y examinada histológicamente. Resultó ser un carcinoma sebáceo de 4 cm bien diferenciado pT2(>2 cm, nivel IV de Clark y espesor > 2 mm). Los marcadores inmunohistoquímicos mostraron EMA +, pancitoqueratina +, CD15+ focal.

La paciente fue dada de alta al día siguiente de la biopsia y citada a consultas externas para seguimiento.

Conclusiones: Las neoplasias gastrointestinales, especialmente el cáncer de colon, son los tumores viscerales más comunes (61%), seguidos por cánceres urogenitales (22%). El lugar de origen más frecuente del cáncer colorrectal en los pacientes con Síndrome de Muir-Torre se sitúa entre la zona proximal y el ángulo esplénico. En estos pacientes la neoplasia sigue un curso no agresivo aunque el 60% presenten enfermedad metastásica. Los tumores sebáceos se presentan antes del tumor visceral en el 22% de los pacientes, simultáneamente en el 6% y después en el 56%. La presencia de tumores sebáceos debería alertar sobre la existencia de neoplasias internas. En los pacientes con este síndrome es obligado un seguimiento para descubrir nuevas neoplasias. El estudio a otros miembros de la familia también es necesario.

Embolización de la Arteria Hemorroidal Media en paciente intervenido de Carcinoma de recto con hemorragia grave recurrente

Segura Jiménez I, Conde Muñío R, Gil Loza S, Valdivia Risco J, Corral Fernández E, Avella Vega JM, Pardo Moreno P, Palma P, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: En la disección del mesorrecto posterior la lesión de la fascia parietal presacra puede originar una hemorragia en ocasiones difícil de cohibir por lesión del plexo venoso presacro. Presentamos un paciente intervenido mediante Hartmann ultrabajo por Adenocarcinoma de recto, que reingresa con hemorragia grave a través del muñón rectal.

Material y métodos: Varón de 36 años con Adenocarcinoma mucinoso de recto cT4N0M0. Recibió tratamiento neoadyuvante con Radioterapia de ciclo largo concomitante con Capecitabina más Oxaliplatino. En la cirugía se constató perforación tumoral hacia zona presacra derecha, se realizó resección paliativa mediante Hartmann ultrabajo, se consideró resección R2. El paciente reingresa a las dos semanas por absceso pélvico que se trata con sonda rectal y lavados. A los 7 días presenta hemorragia brusca exsanguinante a través del muñón rectal que precisa taponamiento quirúrgico en varias ocasiones. Se planteó realizar Arteriografía pélvica vía femoral derecha, evidenciando extravasado de contraste desde ramas de arteria hipogástrica derecha, probablemente arteria hemorroidal media. Se realizó Microcaterismo selectivo y

embolización con Microcoils fibrados, con desaparición del extravasado de contraste.

Resultados: La embolización selectiva de la arteria hemorroidal media fue un procedimiento alternativo y eficaz para el control de hemorragia presacra grave de origen arterial en paciente intervenido de adenocarcinoma de recto.

Conclusiones: El desarrollo de las técnicas de embolización vascular terapéutica ha permitido alcanzar territorios vasculares distales de difícil acceso y control de hemorragias mediante cirugía convencional.

Invaginación colocolica con perforación

F. Sánchez-Ganfornina, F. Baéz, M. Ruiz, I. Moreno, A. Cosano, A. Cruz, J. López y M. M. De Luna.

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

Introducción: Presentamos el caso de un tipo de invaginación intestinal muy poco frecuente. Se trata de una paciente octogenaria (menos del 5% de todas las invaginaciones se dan en adultos), de localización colocolica transversa (entre 20-25% asientan en el colon), la naturaleza de la cabeza de invaginación es benigna (lipoma submucoso) y que se presentó clínicamente con un cuadro de abdomen agudo perforativo.

Paciente y método: Mujer de 84 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución, de inicio en cuadrante superior y derecho, y desde hace seis horas muy intenso y difuso. Fiebre y cierre intestinal en últimas 48 horas. Antecedentes personales de hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica. A la exploración presenta regular estado general, signos de mala perfusión aunque consciente y eupneica, con dolor y defensa abdominal generalizada y signos de irritación peritoneal.

Entre las pruebas complementarias realizadas: el hemograma no mostraba leucocitosis (7290 leu/uL); la bioquímica, LDH 602 U/L, urea 78 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL, proteína C reactiva 32,0 mg/L. La radiología simple de abdomen muestra una discreta dilatación del colon derecho. El informe radiológico de la ecografía y tomografía computarizada (TC) de abdomen (fig. 1 y 2) es de fmasa de 85x35x75 mm en región media supraumbilical que podría corresponder a invaginación intestinal; líquido libre en cantidad moderada.

Se decidió realizar laparotomía exploradora urgente, hallándose: líquido libre fecaloideo/seropurulento en cantidad moderada, sobretodo en gotiera derecha e interasas, invaginación colocolica a nivel colon transverso y perforación (de 1 cm de diámetro) en segmento proximal a la invaginación. Tras limpieza de cavidad, se realiza hemicolectomía derecha estándar (fig. 3 y 4) y anastomosis ileocolica latero-lateral isoperistáltica manual, lavados repetidos de cavidad y drenaje.

El postoperatorio (PO) fue tormentoso, entre las 48-72 horas iniciales presentó shock séptico precisando drogas inotrópicas a dosis altas y oxígeno a alto flujo (dada las características de la paciente no era subsidiaria de medidas agresivas en UCI). Posteriormente mejoría progresiva, reiniciando tolerancia oral a partir del 7º día PO. Se restablece el tránsito intestinal en 9º día PO y se marcha de alta en 13º día PO.

Resultado: El informe anatomopatológico fue lipoma (6x3 cm) submucoso polipoide (pedículo de mucosa de 3 cm) necrosado con ulceración mucosa superficial; colitis isquémica

con perforación y peritonitis aguda; cistoadenoma mucinoso apendicular con displasia leve.

Conclusiones: En primer lugar reiterar la infrecuencia del caso por su etiología, anatomía y forma de presentación. La incidencia de la invaginación intestinal en el adulto es de 3 casos por millón de habitantes al año.

Es fundamental la radiología para orientar el diagnóstico preoperatorio, siendo el TC más sensible, pero ofreciendo la ecografía un mayor rendimiento (imagen muy característica: en el eje transversal, masa en forma de diana).

Se da por supuesto que el tratamiento es quirúrgico en todos los casos de invaginación en pacientes adultos.

Colopatía de la hipertensión portal: causa de hemorragia digestiva baja

Gutiérrez Moreno M, Gómez Cabeza de Vaca V, Muñoz Ortega AM, Cañete Gómez J, Tamayo López MJ, Bustos Jiménez M, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Cirugía de Pared Abdominal Avanzada, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La hipertensión portal (HTP) produce cambios histológicos en la mucosa colónica semejantes a los producidos en la mucosa del tracto gastrointestinal superior, recibiendo el nombre de Colopatía de la HTP. Estos hallazgos histológicos no son específicos de la cirrosis hepática; no se correlacionan con la etiología de la enfermedad hepática ni con el grado de cirrosis (Child-Pugh) ni con el tratamiento endoscópico recibido para las varices esofágicas.

Epidemiología: Los pacientes cirróticos con HTP presentan gastropatía asociada en el 42% de los casos, varices colónicas en el 31%, y datos histológicos de colopatía en el 54%; sin embargo, hasta un 18% de los pacientes no presenta ningún hallazgo en la colonoscopia. El 27% presentan simultáneamente varices colónicas y colopatía de la HTP. El 90% de los que tienen colopatía presentan simultáneamente varices gastroesofágicas, y el 27.5% de los que tienen varices gastroesofágicas presentan también colopatía. En los pacientes candidatos a trasplante hepático la prevalencia de colopatía asociada a HTP es más baja (23.9%).

Clínica: El 34% de los pacientes con lesiones de este tipo en la mucosa colónica desarrollan hemorragia digestiva baja.

Diagnóstico: Hallazgos radiológicos: engrosamiento de la pared del colon más frecuente a nivel del segmento izquierdo y descendiendo progresivamente en sentido retrógrado. Precisa confirmación histológica: edema difuso de la mucosa, engrosamiento irregular de la pared, incremento de la vascularización, capilaridad dilatada y tortuosa, telangiectasias, infiltrado inflamatorio crónico.

Tratamiento: El mejor es el preventivo: colonoscopia a pacientes con cirrosis hepática que presenten o bien varices esofágicas grado dos o más o bien cirrosis grado C (clasificación de Child Pugh). El uso de betabloqueantes disminuye de manera independiente el riesgo de padecer colopatía de la hipertensión portal.

Discusión: Varón de 64 años portador de colostomía terminal desde hace más de 15 años (AAP por adenocarcinoma de recto bajo) que desde hace 2 años presenta de forma periódica sangrado a través de la colostomía. Diagnosticado de cirro-

sis hepática estadio B7 de Child-Pugh (MELD 11) presenta circulación colateral superficial, varices esofágicas grado IV y gastropatía moderada de la hipertensión portal. Tras escleroterapia en angiodisplasias colónicas y persistencia del sangrado, la biopsia diagnosticó de Colopatía de la HTP.

Sinus perianal anterior. A propósito de un caso

C. González Callejas, M. Zurita Saavedra, B. Mirón Pozo, M.J. Cabrerizo Fernández, J.A. Jimenez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: El sinus pilonidal es una patología crónica de características inflamatorias que se localiza primordialmente en la región sacrococcígea. Presenta un típico contenido piloso por el que se produce una reacción granulomatosa a cuerpo extraño. Se han descrito otras localizaciones tales como en pliegues interdigitales, cuello, ombligo. Presentamos el caso de un sinus pilonidal perianal en rafe anterior del que existen menos de diez casos descritos en la literatura.

Material y métodos: Paciente varón de 36 años que acude a Consulta de Cirugía por proctalgia de varios meses de evolución que aumenta con la defecación y que se acompaña de supuración activa. Se realiza exploración anal donde se observa hipertonía esfinteriana y fisura anal en rafe anterior. Se evidencia asimismo orificio fistuloso debajo de la fisura con supuración activa siendo diagnosticado de fisura anal y fístula subfisuraria. Es intervenido realizándose exploración bajo anestesia general poniéndose de manifiesto la presencia de una fisura de aspecto crónico en rafe anterior con varios puentes mucosos. Se aprecian estructuras pilosas de gran tamaño que asoman por el trayecto fistulosos. Se canaliza con estilete un trayecto ciego hacia periné de unos dos centímetros sin objetivar comunicación endoanal ni trayecto a región sacra. Se realiza puesta a plano y legrado del fondo de la cavidad con pequeña esfinterotomía interna anterior. El postoperatorio cursa sin complicaciones y el paciente es dado de alta a las ocho horas.

Resultados y conclusiones: la enfermedad pilonidal sacrococcígea es una entidad bien conocida desde que fue descrita por Herbert Mayo en 1833. Las distintas localizaciones en las que se puede encontrar esta lesión, entre ellas la perianal, ha hecho que se postule por un origen adquirido. El mecanismo de producción más frecuente en nuestro caso es la extensión de un seno pilonidal sacrococcígeo hacia zonas más caudales, sin embargo no se evidenció comunicación con esta región ni con el canal anal lo que es extremadamente infrecuente. El tratamiento, al igual que en otras localizaciones, consiste en la extirpación completa para evitar las recidivas.

Perforación de colon por cuerpo extraño

Corral Fernández, E; Álvarez Martín, MJ; Rodríguez González, R; Martín Cano, J; Torres Alcalá, JT; García Navarro, A; Ferrón Orihuela, JA.

Hospital Universitario Virgen de las nieves. Granada

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños, voluntaria o accidental, no origina en la mayoría de las ocasiones cuadros de perforación de víscera hueca ya que completan el tránsito abdominal sin incidencias. Solo un 10% de los casos se producen las citadas lesiones, siendo una causa de abdomen

agudo quirúrgico. Las zonas anatómicas de impactación de objetos extraños son las zonas que presentan una estrechez, angulación o fondos de saco como pueden ser divertículos intestinales, píloro, ángulo de Treitz y válvula ileocecal. Así también pueden ocurrir en zonas de bridas y en las bocas anatómicas quirúrgicas. La región más frecuente de perforación intestinal por esta causa es la válvula ileocecal que comprende el 75% de las perforaciones por esta causa, siendo excepcionales las perforaciones de colon. Existen diversos factores de riesgo que facilitan la ingesta de cuerpos extraños, como son la edad avanzada, los trastornos mentales y las prótesis dentales.

Objetivo: Presentamos un caso de perforación de sigma por concha de almeja en una mujer joven sin patología subyacente.

Material y métodos: Paciente mujer de 43 años con antecedentes personales de tabaquismo, esteatosis hepática y apendicectomizada que acudió a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de inicio súbito de 6 horas de evolución, de localización en fosa ilíaca izquierda en su inicio que se fue haciendo generalizado y difuso. En la anamnesis, la paciente comentó, como único dato a resaltar, la ingesta de un plato de arroz con marisco 12 horas antes. En la exploración se evidenciaron claros signos de irritación peritoneal difusa, más evidentes a nivel de FII. No fiebre. Analítica leucocitosis (14.250/mm³) y neutrofilia (84.3%). Por último, se realizó radiografía de abdomen que resaltó imagen de neumoperitoneo. TAC: cuerpo extraño radiopaco en forma de concha de almeja, situada en la luz de clon sigmoide. La pared esta porción del colon está engrosada e irregular, existiendo cambios inflamatorios importantes en la grasa adyacente con burbujas aéreas extraluminales de pequeño tamaño. Líquido libre en cantidad escasa. Los hallazgos son compatibles con perforación de colon sigmoide por cuerpo extraño (concha de almeja).

Con estos hallazgos y ante la sospecha de perforación de víscera hueca abdominal, se propuso intervención quirúrgica urgente, que la paciente aceptó. En ésta se halló peritonitis localizada en fosa ilíaca izquierda secundaria a perforación de colon sigmoide por impactación de cuerpo extraño a dicho nivel. Tras evidenciar estos hallazgos, se decidió realizar resección de sigma con anastomosis colo-rectal termino-terminal con técnica de doble grapado mecánico. Tras el acto quirúrgico, se abrió la pieza confirmando que en el sitio de perforación se encontraba una concha de almeja, de gran tamaño, impactada en el interior de sigma, con borde cortante, determinante de la perforación.

Resultados: El curso postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta cinco días después afebril, con adecuada tolerancia oral, tránsito correcto, con buen aspecto de la herida y sin dolor abdominal. Anatomía patológica: pieza de resección intestinal con zona de perforación y cambios inflamatorios reactivos, sin evidencia de otra patología subyacente.

Conclusiones: Aunque la perforación de víscera hueca por ingesta accidental de cuerpo extraño es más frecuente en personas de edad avanzada y se suele localizar en zonas de estrechez fisiológicas o secundarias a patología subyacente, no se puede descartar esta como causa de abdomen agudo en gente joven. En la mayoría de las ocasiones esta patología requiere una intervención quirúrgica de urgencia, pudiendo ser útil en algunos casos seleccionados la endoscopia para la extracción

del cuerpo extraño. Una anamnesis meticulosa y la TAC de abdomen son de gran ayuda en su diagnóstico etiológico.

Uso de esponja de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil®) como refuerzo en sutura de riesgo sobre reservorio ileal

Valle Carbajo M, Ruiz López M, Mera Velasco S, González Poveda I, Jiménez Mazure C, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La incidencia de complicaciones en los reservorios ileales es del 10%. Un tercio de estas complicaciones son debidas a sepsis pélvica, causada principalmente por dehiscencia de la sutura o por hematoma infectado. Pese a la ejecución de una técnica correcta en la realización del reservorio y a una exquisita hemostasia, en ocasiones en las que existen factores de riesgo tales como desnutrición o inmunosupresión, es beneficioso añadir colas biológicas a las suturas, pues actúan como hemostático y como sellante tisular. Presentamos a una enferma con brote agudo de colitis ulcerosa, córticorresistente y con escasa respuesta a Infliximab. Se le realizó proctocolectomía total restauradora, reforzando las suturas del reservorio mediante una esponja de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil®).

Caso clínico: Mujer de 34 años sin antecedentes de interés salvo colitis ulcerosa diagnosticada en 2001 y en tratamiento durante nueve años con azatioprina, tiempo durante el cual precisa ser ingresada en varias ocasiones. Es diagnosticada en 2009 de refractariedad a corticoides, presentando respuesta parcial a tacrolimus y completa a Infliximab en la primera dosis. Instaurado el nuevo tratamiento precisa de un nuevo ingreso por episodio de rectorragia, dolor abdominal, fiebre, astenia severa, hiporexia y deterioro del estado general de dos meses de evolución. Al ingreso presentaba mal estado general con sensación de enfermedad, aunque conservaba estabilidad hemodinámica. El abdomen era doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo con leve irritación peritoneal. En la analítica al ingreso la hemoglobina es de 9,9 g/dl con hematocrito de 30,5%. La serie blanca y las plaquetas están en el rango de la normalidad. La proteína C reactiva tiene valor de 18,2 mg/l. En una analítica de tres meses antes del ingreso se objetivaba una albúmina sérica de 2,8 g/dl y una prealbúmina de 14 mg/dl. En la radiología simple de abdomen se descarta imagen de megacolon aunque sí existe un abundante patrón en mmiga de panm en ampolla rectal. En la TC se aprecia afectación muy importante desde ángulo esplénico del colon hasta ano. El cuadro no responde a tratamiento corticoideo ni a Infliximab, por lo que se comenta el caso con el Servicio de Cirugía que programa intervención quirúrgica con el diagnóstico de brote moderado de colitis ulcerosa córticorresistente y sin respuesta a Infliximab. Se realiza proctocolectomía total restauradora con la realización de un reservorio en J, que dada la situación de desnutrición y el tratamiento corticoideo, se decide reforzar con Tachosil® una vez realizada la anastomosis reservorio-anal. Se completa la cirugía con la realización de ileostomía de protección. La anatomía patológica confirma afección de prácticamente todo el colon por colitis ulcerosa en actividad, con abundantes úlceras y pseudopólipos regenerativos. El postoperatorio cursa sin incidencias, con buena

tolerancia oral, buen funcionamiento del estoma y sin complicaciones a nivel pélvico, retirándose de forma progresiva el tratamiento corticoideo.

Discusión: En el brote agudo severo de colitis ulcerosa sólo el 67% de los casos responde a tratamiento médico. Las opciones de tratamiento de rescate son Infliximab y anticalcineurínicos (Ciclosporina A y Tacrolimus). La cirugía programada en presencia de Infliximab es segura aunque no lo es tanto en colectomías de urgencia. La cirugía es muy resolutiva en estos casos pero presenta una alta tasa de morbilidad. El principal motivo para decidir tratamiento quirúrgico es la refractariedad al tratamiento médico, y es una decisión que debe tomarse lo antes posible en la evolución del cuadro. Las complicaciones postoperatorias ocurren en un 10%, siendo un tercio de las mismas por sepsis pélvica, incluyéndose fístulas, que se asocian habitualmente a alteración funcional del reservorio. La pouchitis o reservoritis es la principal complicación tras la reconstrucción del tránsito, que ocurre en el 50%. Otra complicación importante es la infertilidad femenina, en un tercio de las operadas. De todos los pacientes intervenidos, se estima que el 30% reingresará con diagnóstico de obstrucción intestinal o de sepsis pélvica. Prevenir las complicaciones requiere considerar diversos factores preoperatorios como la edad (teniendo especial cautela en pacientes muy jóvenes o muy mayores), el funcionamiento adecuado del esfínter anal y la fertilidad (en ambos sexos), teniendo en cuenta que embarazos posteriores a la cirugía supondrán cesáreas electivas. Algo fundamental es asegurar la histología para evitar realizar reservorios en pacientes con colitis indeterminadas o con enfermedad de Crohn. Además, situaciones de desnutrición y de altas dosis de corticoides pueden aumentar la incidencia de dehiscencia de sutura. La técnica operatoria en la realización del reservorio debe ser perfecta y la hemostasia exquisita para prevenir complicaciones. El uso de esponjas de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil®) parecen haber demostrado eficacia tanto en el control de la hemostasia como en la fijación y sellado tisular, aunque en la bibliografía se encuentran resultados contradictorios sobre el uso de este tipo de esponjas en el sellado de tejido intestinal. El estudio más reciente (Pantelis et al, 2010) evidencia beneficio en el sellado sobre suturas de alto riesgo en ratones. Se han publicado numerosos casos clínicos en los que Tachosil® se usa como sellante tisular con buenos resultados. En nuestro caso se decidió la aplicación de Tachosil® en la cara anterior del reservorio con intención de minimizar las posibles fístulas y hematomas en la línea de sutura que pudieran provocar una sepsis pélvica. Se comprobó la adecuada adaptación de la esponja, una vez húmeda, a la línea de sutura. El tratamiento de las complicaciones exige una individualización en la estrategia terapéutica para tratar de recuperar el mayor número de reservorios.

Perforación de sigma por cuerpo extraño. A propósito de un caso

Jose Jacob Motos Micó; Almudena Moreno Serrano; Alvaro Morales Gonzalez; Miguel Lorenzo; Guillermo Verdejo; Manuel Felices Montes; Orlando Fuentes Porcel; Diego Rodriguez Morillas

C.H. Torrecárdenas. Almería

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en el tubo

digestivo es un problema común; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones son eliminados espontáneamente. En muy pocas ocasiones producen complicaciones y son excepcionales las perforaciones de colon. Presentamos un caso de perforación de sigma secundaria a un hueso de pollo.

Material y métodos: Paciente mujer de 88 años que acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso a nivel del hipogastrio irradiado a ambas fosas ilíacas de carácter continuo y de 4 días de evolución acompañado de temperatura de 38 °C. Entre sus antecedentes personales destacaban insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica leve, accidente cerebrovascular trombotico, hipertensión, fibrilación auricular crónica, hiperuricemia e hiperlipemia. En la exploración física se objetivó fiebre de 38,5 °C, deshidratación leve y palidez de piel y mucosas. La exploración abdominal presentaba un abdomen distendido, timpanizado y con defensa muscular en todo el hemiabdomen inferior. En la analítica se objetivaba leucocitosis de 17000 μ l con desviación izquierda y PCR DE 18,21. La coagulación estaba alterada con un INR de 3,1 e I. Quick de 23,57%. En el TAC abdomino-pélvico se apreció un cuerpo extraño con densidad calcio y morfología alargada que atraviesa la luz y pared de sigma a nivel del hipogastrio perforando borde antimesentérico del sigma.

Resultados: Se decidió realizar intervención quirúrgica de urgencia en la que se observó un plastrón en sigma con múltiples divertículos y un hueso de pollo que asomaba en pared de sigma en el borde antimesentérico. Se realizó resección segmentaria de sigma según técnica de Hartmann. La anatomía patológica puso de manifiesto un hueso de pollo y una perforación parietal. En el postoperatorio sufrió una serie de complicaciones cardiovasculares y renales. Sin embargo, se recuperó paulatinamente y fue dada de alta a los 20 días postoperatorio.

Conclusiones: Las complicaciones más frecuentes producidas por los cuerpos extraños en el intestino son las obstrucciones, las hemorragias y las perforaciones. Las perforaciones intestinales por cuerpos extraños son raras, aunque entre los cuerpos extraños más frecuentes están los huesos de pollo. Alguno de los factores que facilitan la ingestión de cuerpos extraños son la edad avanzada, las prótesis dentales y una incorrecta masticación. En muchas ocasiones es imposible identificar factores de riesgo y el antecedente de la ingestión de cuerpo extraño. Sin embargo, con una buena historia clínica y una sospecha diagnóstica inicial, se puede identificar de forma precoz el cuerpo extraño y tomar una decisión quirúrgica urgente.

Volvulo de ciego

Ruiz de Adana Garrido A., Gómez Arroyo A., García Carranza A., Flores Arcas A., Sanchez Pascual A., Fuentes Martos R., Granda Paez R., Albert Vila A., Moya Vazquez R.
Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Jaén

Introducción: La primera descripción de un vólvulo cecal agudo fue realizada por Rokitansky en 1837, siendo considerado éste una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en occidente, no siendo así en África, Asia o América del Sur, donde sí es común su hallazgo. Se observa entre los 20 y 60 años teniendo predilección por los sujetos jóvenes.

El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico; es más

frecuente en sigma (80%), seguido del ciego (15%) y transversal (5%). En el caso concreto del vólvulo de ciego se produce una rotación alrededor de la arteria ileocólica.

Una condición indispensable para que se produzca el vólvulo es la existencia de un ciego móvil, debido a una falta de fijación o coalescencia, es la anomalía del desarrollo más frecuente de esta porción del intestino. Se han descrito factores que influyen en el desarrollo del vólvulo cecal, como son dieta rica en residuos, estreñimiento crónico y abuso de laxantes, enfermedad de Chagas, enfermedades neurológicas incapacitantes, mujeres embarazadas o una intervención previa.

Materiales y métodos: Se trata del caso clínico de una mujer de 58 años, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, con obesidad y alérgica al metamizol y la penicilina.

Acude por un dolor abdominal de 5 días de evolución, irradiado a espalda y con abundantes vómitos. En la analítica destacaba un aumento de urea y creatinina. A la exploración se apreciaba un abdomen distendido con timpanismo en hipocostrio y flanco derecho con dolor difuso, produciendo una asimetría abdominal evidente. No se palpan hernias.

Se instaura tratamiento con sueroterapia, sonda rectal y sonda nasogástrica.

En la radiografía de abdomen se observa una imagen aérea redondeada de gran tamaño, a la derecha de la columna vertebral, desde el ángulo hepático a fosa ilíaca derecha.

Consideramos que la radiografía simple de abdomen era suficiente para hacer el diagnóstico de vólvulo del colon derecho. Teniendo en cuenta que una estrangulación colónica en asa cerrada con una gran distensión del ciego y un tiempo de obstrucción de 5 días, se halla en íntima relación con el grado de compromiso vascular del intestino, se tomó la decisión de la intervención urgente, sin realizar colonoscopia o enema de bario para intentar desvolvulación, por otra parte poco eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego.

Resultados: Durante la intervención se realizó la desvolvulación de las asas comprometidas, con análisis de la viabilidad de las mismas. Las asas se encontraban viables, aunque la gran dilatación hacía que estuvieran muy atónicas. Se valoró realizar una cecocolopexia y/o una cecostomía, que aunque tiene una mortalidad muy baja, tiene un índice de recidiva que oscila entre el 5 y el 20%. Debido al gran tamaño de las asas del vólvulo se optó por realizar una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica.

El postoperatorio cursó con un íleo paralítico prolongado.

La anatomía patológica fue: Dilatación intestinal, congestión vascular, infiltración inflamatoria y lipomatosis de ciego.

Conclusiones: El vólvulo de ciego es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en nuestro medio, que hay que tener en cuenta; fácil de diagnosticar por radiología simple y con una solución quirúrgica que puede variar según el grado de viabilidad del colon en ese momento

Obstrucción intestinal por tumoración sigmoidea prolapsada a través del ano.

José Manuel Hernández González, Francisco Javier León Díaz, Rocía Maiquez Abril, Erica Olmos Juárez, Juan Javier Baca Perez-Bryan.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La obstrucción intestinal es una de las causas más frecuentes de admisión en el servicio de urgencias quirúrgicas de un hospital (20% de los cuadros de abdomen agudo y 5,7% de los reingresos hospitalarios). En el anciano, la etiología de estas obstrucciones se debe principalmente a defectos de pared, adherencias o patología oncológica.

Los adenomas son, con la excepción de los pólipos metaplásicos, los tumores benignos más frecuentes del intestino grueso. La mayoría se localizan en el colon sigmoide y en el recto. Los adenomas vellosos pueden alcanzar gran tamaño, constituyendo una rara causa de abdomen agudo obstructivo; siendo más raro aún por intususcepción intestinal.

Material y métodos: Paciente de 87 años con único antecedente médico de interés de síndrome vertiginoso en tratamiento junto a incontinencia urinaria y fecal con esfuerzos físicos, de años evolución sin estudio previo.

Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar desde hace 6 horas una lesión de unos 10 cm de diámetro con tendencia al sangrado, que protruía a través del ano; junto a moderada distensión abdominal y dolor difuso asociado a vómitos de contenido alimenticio en las últimas dos horas. No fiebre ni cuadro constitucional. Rectorragias intermitentes en meses previos.

A la exploración física presentaba un estado general afectado donde el abdomen era globuloso, blando y depresible, distendido de carácter leve, con dolor difuso sin signos de irritación peritoneal. En la exploración anal se evidencia una lesión de aspecto adenomatoso, de unos 8-10 cm de diámetro de consistencia media con tendencia al sangrado e imposibilidad de reducción a recto; en el tacto rectal parecía objetivarse dependencia del recto medio, pero sin poder confirmarlo.

Las exploraciones complementarias, entre ellas analítica básica de urgencia presentaron valores dentro de la normalidad. La radiología simple de abdomen mostraba dilatación del marco cólico hasta fosa ilíaca izquierda, con ausencia de gas distal.

Se decide exploración en quirófano. Bajo anestesia general y en posición de Lloyd-Davis, no se consigue visualizar la dependencia de la lesión por lo que se reduce a recto que junto con colonoscopia intraoperatoria nos informa de lesión a unos 30 cm de margen anal. Se realiza laparotomía media infraumbilical donde se evidencia intususcepción de colon sigmoide sobre recto debido a esta gran tumoración. Se realiza enterotomía a nivel de sigma para confirmar la localización de la lesión y posteriormente se realiza sigmoidectomía reglada con anastomosis colo-rectal mecánica laterolateral.

El estudio de la pieza reveló que se trataba de un adenoma villoglandular con displasia severa.

La paciente fue dada de alta hospitalaria sin complicaciones a los siete días de la intervención.

Conclusiones: La intususcepción intestinal constituye una de las causas de obstrucción intestinal más frecuente en el niño, de etiología idiopática en su mayor parte. Sin embargo, es rara en el adulto, su incidencia entre un 0,5 y un 5% de todas las oclusiones intestinales. La intususcepción responde en su mayor parte a tumores: benignos (pólipos, lipomas) o malignos (adenocarcinoma, metástasis, tumor carcinoide, linfomas).

La radiología simple es de relativo valor, siendo útil para lo-

calizar el nivel de la obstrucción. Los hallazgos de la ecografía son muy inespecíficos, pero en cambio la TAC con contraste oral e intravenoso es el método complementario no invasivo más importante. Aunque la colonoscopia no es el método complementario de elección, en algunas ocasiones es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

La rareza de nuestro caso reside en la existencia de un cuadro de obstrucción intestinal completa secundario al prolapso de una gran tumoración sigmoide a través del ano, con escasa mención en la literatura. Si ya en el adulto, la intususcepción intestinal es infrecuente, la que afecta al segmento sigmoide a través del ano es excepcional. Justificar la etiología de nuestro caso en una masa de importantes dimensiones junto a una paciente de avanzada edad con afectación previa del aparato esfinteriano anorrectal con clínica de incontinencia fecal y urinaria de tiempo de evolución, que pudo facilitar dicha anomalía.

Implantación de un programa de estimulación percutánea del nervio tibial en el tratamiento de la incontinencia fecal

Valle Carbajo M, Ruiz López M, Jiménez Mazure C, García Albiach B, Carrasco Campos J, González Poveda I, Toval Mata JA, Mera Velasco S, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La incontinencia fecal se define como la pérdida involuntaria de heces sólidas, líquidas o de gases. Tiene una prevalencia que está infraestimada, tanto por los pacientes como por los profesionales, y que oscila entre el 0,5 y el 28% de la población. La estimulación percutánea de las vías nerviosas sacras puede producir modificación de la actividad rectoesfinteriana mediante impulsos eléctricos de bajo voltaje de forma segura y bien tolerada.

Protocolo: El programa de tratamiento que se está desarrollando en la sección de cirugía coloproctológica de nuestro servicio incorpora la posibilidad de ofrecer el tratamiento de estimulación percutánea del nervio tibial en aquellos pacientes que presenten incontinencia fecal con complejo esfinteriano intacto o con un defecto en un único nivel del canal anal y en aquellos pacientes en los que se ha reparado el complejo esfinteriano y siguen teniendo incontinencia fecal. Se excluyen del protocolo a los pacientes que no deseen o no puedan comprometerse a seguir el tratamiento, a los que tienen un defecto esfinteriano mayor de 120°, impactación fecal, embarazadas, pacientes con cardiopatía o marcapasos, con trastornos de la coagulación, que presenten úlceras y varicosidades en miembros inferiores, que tengan algún tipo de neuropatía del tibial o neuropatía diabética avanzada. El plan de tratamiento es ambulatorio y se divide en tres fases: una primera fase de tres meses en la que las sesiones son semanales, una segunda fase de tres meses en la que las sesiones son quincenales, y una última fase de tres meses en la que las sesiones son mensuales. La medida de la eficacia del tratamiento y de los efectos en la calidad de vida de los pacientes se realiza mediante distintos controles que incluyen anamnesis y exploración detallada, ecografía endoanal, manometría, test de Wexner, cuestionario de calidad de vida en la incontinencia fecal (FIQLI), diario

defecatorio para tres semanas y entrevista al año para control evolutivo.

Conclusión: Existen varias referencias bibliográficas cuyo objetivo es investigar la eficacia y los efectos en la calidad de vida de la utilización de la estimulación percutánea del nervio tibial como tratamiento ambulatorio de la incontinencia fecal en las que se concluye que dicho tratamiento de neuroestimulación es seguro y bien tolerado, y puede ofrecer resultados satisfactorios y duraderos en pacientes con incontinencia fecal.

Linfoma no Hodking cecal

J Jorge, Paz A, Arcelus JI, Conde R, Segura I, Delgado ML, Carreño A, Palma P, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La invaginación ileocecal y los adenocarcinomas de ciego sin causas no infrecuentes de síndromes oclusivos. Presentamos un linfoma B intestinal que provocaba una retracción ileal intracolónica.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años, sin antecedente de interés, que acudió por unos síntomas caracterizados por dolor abdominal cólico, distensión y algún vómito de 15 días de evolución, con un aumento progresivo de las deposiciones. A la exploración se palpaba una tumoración en FID en posición de decúbito lateral izquierdo. La analítica no tenía alteraciones de interés, tan solo la LDH en 655U/L y la TAC sin contraste informaba de una invaginación ileocecal sin poder reconocer la causa (figura 1).

Se intervino y se objetivó la invaginación ileocecal y una masa en ciego que no se pudo reducir manualmente. Se decidió realizar Hemicolecotomía derecha con márgenes oncológicos. El informe de anatomía patológica informó la pieza como linfoma B de célula grandes/linfoma Burkitt con rasgos intermedios y 21 adenopatías reactivas en el meso.

Resultados: El paciente evolucionó con un íleo adinámico los e primeros días del postoperatorio. Se derivó al alta al quinto día. Actualmente se le está administrando un tratamiento adyuvante por parte de Hematología. El PET-TAC posterior a la cirugía no mostró extensión tumoral locoregional ni a distancia.

Conclusiones: Las invaginaciones ileocólicas suelen ser consecuencia de procesos mecánicos ileales. En nuestro pacientes la invaginación fue secundaria a la retracción del proceso tumoral hacia el ciego.

Los linfomas gastrointestinales pertenecen al ámbito de los linfomas No Hodking. Los tipos mas frecuentes son los linfomas asociados a tejido linfoide de las mucosas (MALT) y los linfomas B difusos de células grandes. La clínica que puede acompañar al proceso son el síndrome constitucional, los Psíntomas Bs, hepatoesplenomegalia y aumento de los valores de LDH y β 2microglobulina. Los procedimientos endoscópicos y las pruebas de imagen como la TAC son los más utilizados para el diagnóstico. El PET-TAC tiene una sensibilidad mayor al 80% y especificidad de 90% (mayor que la TAC). El pronóstico se lleva a cabo mediante la clasificación de Ann-Arbor (figura 2) y por la clasificación IPI (International Pronostic Index) (figura 3), según lo cual, nuestro paciente tendría un riesgo bajo.

Para patología localizada (estadío I), la cirugía seguido de

una adyuvancia con 4 ciclos de CHOP (Doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina y prednisona) han demostrado una tasa de curación cercana al 100%, aunque 6 ciclos sin cirugía han tenido similares resultados en estudios no controlados. En los pacientes afectados por linfomas Burkitt, se utilizan quimioterápicos como la antraciclina, metotrexate, ciclofosfamida y citabirina, con altas tasas de curación, mientras que la cirugía se reserva para casos de complicación intrabdominal.

Una alternativa al tratamiento del sinus pilonoidal con el uso de sellantes de fibrina humana (Tissucol®)

Soler Humanes, R; Arias González, A; Sanchiz Cárdenas E; Maiquez Abril, R; Cañizo Rincón, I; Cabrera Serna, I; Rivas Becerra, J; Ocaña Wilhelmi, L; De Luna Díaz, R.

H. U. Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El sinus pilonoidal o quiste sacrocoxígeo es una patología muy frecuente, de etiología no clara y que requiere como tratamiento la cirugía.)

Existen diversas técnicas quirúrgicas, lo que nos indica que hoy en día no hay ninguna técnica ideal. Esto es debido a que se precisa de curas diarias durante un largo periodo de tiempo y a un alto número de recidivas, ya sea por una cirugía incompleta o por la propia predisposición genética y factores ambientales que rodean al paciente.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar y valorar una técnica novedosa, aunque ya descrita hace años pero poco usada hasta ahora, menos agresiva, con resección (exéresis) únicamente de la zona correspondiente a los dos orificios principales y legrado de los trayectos fistulosos, aplicando posteriormente sellante de fibrina humana, para evitar el sangrado postoperatorio y facilitar la adherencia de los tejidos. El resultado, a corto plazo, es el mismo que el de la exéresis en bloque en cuanto al número de infecciones y recidivas, con la ventaja de una pronta recuperación del paciente, ya que con esta técnica se acelera el tiempo de cicatrización por ser un procedimiento menos agresivo.

Material y Métodos: Se presenta una serie de 20 pacientes de entre 18 y 30 años de edad, intervenidos de sinus pilonoidal en el Hospital Marítimo de Torremolinos (Málaga) durante los meses de abril y mayo de 2010. Los pacientes presentaban un sinus pilonoidal con uno o dos trayectos fistulosos secundarios, distantes entre sí, bien todos ellos en línea media o bien laterales.

La intervención fue llevada a cabo bajo anestesia intradural en todos los casos.

En ningún caso se utilizó profilaxis antibiótica.

La técnica quirúrgica consistió en reseca las zonas correspondientes a los orificios de supuración y el legrado de los trayectos fistulosos, extrayendo de este modo todo el pelo y dejando limpia la cavidad. Posteriormente se ha utilizado sellante de fibrina humana (Tissucol®), que se distribuye por todo el trayecto y en menor medida en la zona de resección de los orificios.

Todos los pacientes fueron intervenidos en régimen de CMA y dados de alta en el mismo día de la cirugía, excepto un caso que permaneció ingresado 24 horas por vivir a considerable distancia del hospital.

Resultados: Se ha observado una disminución del dolor postoperatorio e infección, que puede explicarse por el menor tamaño de la herida quirúrgica, así como una disminución en el tiempo de curas y del proceso de cicatrización. Las curas locales fueron llevadas a cabo diariamente con suero con betadine®. En ningún caso se produjo sangrado en el postoperatorio.

Todos los pacientes han sido revisados semanalmente durante los primeros quince días posteriores a la cirugía y después mensualmente desde la intervención. A las 5 semanas de la cirugía en todos los casos la herida se encontraba cicatrizada. A corto plazo aun no ha habido ningún caso de recidiva.

Conclusiones: El tratamiento del sinus pilonidal consistente en la exéresis de los orificios fistulosos y el legrado de los trayectos, sin realizar una exéresis completa de toda la zona, permite disminuir el tamaño de la herida quirúrgica, lo que supone un menor dolor postoperatorio, un menor tiempo de curas y una cicatrización más rápida de la misma.

Además el uso de sellante de fibrina humana permite disminuir el sangrado postoperatorio y facilita la adherencia de los tejidos, acelerando de este modo el proceso de cicatrización.

Todo esto además permite una más rápida reincorporación del paciente a su actividad laboral, disminuyendo las repercusiones económicas de una baja prolongada.

Enfermedad de Paget de la mama en un varón

Ignacio Machado Romero; Alejandro J. Pérez Alonso; Manuel González Martínez; Pablo Torné Poyatos; Jorge G. Alonso Roque; Alejandro Ortega Carrasco; Tania Gallart Aragón; José A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La enfermedad de Paget de la mama es una manifestación cutánea poco frecuente del cáncer de mama. Dado que, del total de carcinomas mamarios, menos del 1% ocurre en varones, es fácil comprender lo poco común de este diagnóstico en varones, y es, por tanto, fácil su olvido al realizar el diagnóstico diferencial de masas o lesiones eccematosas en el varón.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 46 años de edad que acudió a consulta de la Unidad de Patología Mamaria por presentar lesión de la piel del pezón, de aspecto eccematoso, de la mama izquierda y varios meses de evolución. La exploración física reveló un nódulo palpable subyacente y la mamografía microcalcificaciones retroareolares. El estudio histopatológico reveló enfermedad de Paget del pezón junto con un carcinoma intraductal con mínimo foco de dudosa infiltración. El paciente fue intervenido mediante biopsia selectiva del ganglio centinela y dos accesorios, siendo informados intraoperatoriamente como afectados, por lo que se completó la actuación quirúrgica sobre la axila con una disección de los niveles I y II de Berg. Posteriormente, se llevó a cabo una mastectomía subcutánea, conservadora de piel, incluyendo el pezón y la mayor parte de la areola. El tratamiento se completó mediante quimioterapia adyuvante y radioterapia locorregional.

Resultados: Tras 12 meses de seguimiento no se ha detectado recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: El cáncer de mama en el varón supone menos del 1% de todos los casos de carcinomas mamarios y formas especiales de presentación, como la enfermedad de Paget, son extremadamente infrecuentes en ellos. La edad media de presentación es de 68 años, que es 5 años más que en el caso de las mujeres. Las alteraciones cutáneas son una manifestación constante y a menudo la única manifestación de la enfermedad, por lo que reconocerlas es crucial para un diagnóstico precoz de la enfermedad. Además de la mencionada exploración cutánea, es necesaria una exploración física cuidadosa que incluya la palpación de la mama y la axila, así como la solicitud de una mamografía como parte del protocolo diagnóstico de estos pacientes. La existencia de masa palpable es un hallazgo variable que se presenta en un 30-50% de los pacientes. El tratamiento depende de las características y el grado de extensión de la enfermedad neoplásica subyacente. La enfermedad de Paget de la mama debe considerarse en principio, y a efectos de su tratamiento, como la extensión de un carcinoma ductal (infiltrante o no) a la epidermis supradistante del pezón o areola. En los casos de cáncer in situ de la areola o los conductos terminales, es posible realizar una cirugía conservadora. En casos de carcinoma ductal infiltrante próximo a la areola, puede intentar realizarse una cirugía conservadora, extirpando ampliamente la areola y el tumor, consiguiendo unos márgenes oncológicamente adecuados y realizando una valoración de la afectación axilar. En los casos de tumores infiltrantes a distancia o con márgenes de tumorectomía afectos, conviene hacer una mastectomía radical modificada tipo Patey o Madden. En cualquier caso, la finalidad del tratamiento quirúrgico debe ser conseguir márgenes histológicos libres de enfermedad, particularmente cuando se trata de una enfermedad multicéntrica. En función de la invasión, el tamaño tumoral, la diferenciación histológica, la afectación ganglionar y la expresión de receptores hormonales se debe considerar la correspondiente terapia adyuvante. En cuanto al pronóstico, la enfermedad palpable se relaciona con una mayor incidencia de cáncer invasor, enfermedad multifocal y afectación ganglionar.

Influencia del índice de masa corporal tras la intervención del sinus pilonidal

C. del Álamo, E. Romero, F. Muñoz, E. Palacios L. Herrera, J.P. Roldán, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital de Alta Resolución de Écija

Introducción y objetivo: No son desconocidas las complicaciones posoperatorias del sinus pilonidal, que aunque no son frecuentes, si son importantes, pues a la población que incide, su morbilidad influye en su situación laboral y personal, por tanto este trabajo tiene como objetivo identificar factores que influyan en este hecho. El estudio pretende relacionar el índice de masa corporal (IMC) con el tiempo de curación y las complicaciones posoperatorias.

Material y método: Se realiza un estudio analítico observacional retrospectivo, la variable dependiente es el IMC que se categoriza en dos, $IMC \leq 25$ y en $IMC > 25$,¹ La muestra consiste en 121 pacientes intervenidos entre el año

2007 y el 2010 con un seguimiento 4 meses y 3 años, el primer control se realiza a los dos meses del procedimiento y después mensualmente hasta los cuatro que se espacian posteriormente hasta la curación. El IMC entre el 18,40 y el 42,24, con 38 mujeres y 83 hombres, la edad osciló entre 16 y 55 años a la mayoría les practicó un cierre primario, a 26 se les dejó que cerraran por segunda intención tras la extirpación en bloque. A todos se les administró profilaxis antibiótica. El análisis estadístico se practico mediante el paquete SPSS 17.0, utilizando la Chi2 y la odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Solo se analizan las complicaciones de infección (bajo la observación clínica de secreción purulenta), dehiscencia (solo para los 95 pacientes a los que se les practicó cierre primario) y recidiva ya que se considera desechable el sangrado, el seroma y un retraso en la cicatrización sin complicaciones, por ser solo un caso representativo de cada uno..

Resultados: A los dos meses los IMC ≤ 25 habían conseguido un índice de curación del 86,5% (45pacientes) y los IMC>25 un 68,1% (47 pacientes) con una p= 0,033<0,05 siendo esta relación estadísticamente significativa, sin embargo en el control de los tres y de los cuatro meses o más aunque el resultado fue de IMC ≤ 25 7,7% y 5,8% (4 y 3 pacientes respectivamente) y para el IMC>25 del 13% y el 15% (9 y 11 pacientes respectivamente) no existe una relación estadísticamente significativa, p= 0,59>005 y p=0,149>0,05

Cuando se analizaron las complicaciones los resultados fueron los siguientes. Para la variable infección y dehiscencia con un IMC ≤ 25 correspondía a un 1,9% y un 6,7% (1 y 3 pacientes) y con un IMC>25 correspondía a un 8,7% y un 26% (6 y 13 pacientes). Para la variable infección la relación no es estadísticamente significativa p= 0,235> 0,005 pero si existe un riesgo de padecerla de 4,857 (OR) veces más para aquellos con exceso de peso. Para la variable dehiscencia si presento una relación significativa p= 0,025<0,05 con un riesgo (OR) de 4,919 más para los pacientes con un IMC > 25 Para la variable recidiva ocurrió en un 3,3 % (4 pacientes) no es estadísticamente significativa (p= 0,211>0,05) y aunque todos tenían un IMC > del 25 incluso el riesgo de la misma es prácticamente 1 (OR 1,06)

Conclusiones: Se observa un retraso en la curación en los pacientes con un IMC > de 25. Las complicaciones son infrecuentes pero existe un riesgo mayor (4,8 y 4.9 veces más) de padecer infección y dehiscencia en aquellos pacientes con un IMC > del 25 aunque la relación con la infección no sea estadísticamente significativa. En cuanto a la recidiva no existe ni relación estadística ni mayor riesgo con respecto a los pacientes con peso normal.

| | Infección | Dehiscencia | Recidiva | | |
|----------------|-------------------|-------------------|------------------|-------|--------|
| IMC ≤ 25 | 1 | 1,9% | 3 | 6,7,% | 0 0% |
| IMC>25 | 6 | 8,7% | 13 | 26% | 4 3,3% |
| X ² | p= 0,235 >0,05 | p= 0,025 <0,05 | p=0,211 >0,05 | | |
| Odds Ratio | 4,8 | 4,91 | 1 | | |
| | 2 meses | 3 meses | 4 meses o mas | | |

| | | | | | |
|----------------|-------------------|-----------------|------------------|------|--------|
| IMC ≤ 25 | 45 | 86,5% | 4 | 7,7% | 3 5,8% |
| IMC>25 | 47 | 68,1 % | 9 | 13 % | 11 15% |
| X ² | p= 0,033 <0,05 | p= 0,59 >005 | p=0,149 >0,05 | | |

Ependimoma mixopapilar simulando un sinus pilonidal. A proposito de un caso

Alba Valmorisco, M.; Bazán Hinojo, M. C.; Pérez Gomar, D.; Bengochea Trujillo, A.; López Zurera, M.; Mayo Ossorio, M. A.; Pacheco García, J.M.; Gil Olarte Pérez, A.; Vázquez Gallego; J.M

Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Cádi

Introducción: Los endimomas son raros y suponen un 5% de todos los tumores neurogénicos. La localización extraneural o ectópica es muy infrecuentes observándose sobre todo a nivel de tejido blando sacrococcigeo, ovarios, región inguinal y mediastino. Presentamos un caso que se diagnosticó inicialmente de sinus pilonidal.

Caso clínico: Paciente mujer de 33 años que acude a consulta de cirugía general por tumoración localizada a nivel de la zona sacrococcigea de varios años de evolución, siendo dignosticada de sinus pilonidal

La paciente fue intervenida quirúrgicamente se le practicó una anestesia raquidea, durante la exploración previa a la intervención quirúrgica se visualizó una tumoración sacra de coloración violacea que no presentaba orificios fistulosos, sin pulso a la palpación lo que hizo replantearse el diagnóstico de sinus pilonidal. Se practicó una extirpación en bloque de la lesión con cierre de la herida por segunda intención. La tumoración se encontraba muy bien delimitada del tejido celular subcutáneo y no se evidenció comunicación con el sacro. El resultado de la anatomía patológica fue de endimoma mixopapilar.

Discusión: Los endimomas son extremadamente raros fuera del sistema nervioso central excepto como metástasis o extensión directa desde un endimoma espinal primario. Sin embargo pueden presentarse como un tumor de piel o tejido celular subcutáneo sin ninguna relación con la medula espinal. Estos últimos pueden ser indistinguibles de los sinus pilonidales.

La edad de manifestación tiene un pico en la 3ª década.

Estos tumores se cree que provienen de vestigios medulares coccigeos, como una cavidad recubierta de celulas endimales que es un remanente de la porción caudal del tubo neural.

Parecen ser lentamente progresivos pero metastatizan a pulmón y han sido descritas recidivas a nivel locorregional.

Anatómicamente los endimomas sacrococcigeos se dividen en: los que aparecen desde el espacio rectorrectal anterior al sacro; y los que aparecen en tejidos blandos posterior al sacro.

Este caso ilustra los fallos asociados al manejo de patologías frecuentes como es el caso de los sinus pilonidales que pueden pasar por alto otras patologías de la misma localización anatomica por ello es necesario mandar a anatomia patológica la pieza de los sinus resecaada.

Creación de la Unidad de Pie Diabético en H.U. Puerto Real (Cádiz). ¿Es necesario un especialista en Angiología?.

Camacho Ramírez, A.* Calvo Durán, A.E.* Carral San Laureano, F.+ Diaz Godoy, A.* Doiz Artázcoz, E.& Romero Palacios, A§ Jimenez Vaquero, M.J, Balbuena Garcia, M*, Alvarez Medialdea, J* Falckenheiner, J.* Vega Ruiz, V.* Velasco Garcia, M.

Servicio Cirugía General H.U. Puerto Real, + Servicio Endocrinología H.U. Puerto Real, & Servicio Cirugía Vascular H.U. Puerta del Mar, § Servicio Medicina Interna-Infecioso H.U. Puerto Real.

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Introducción: El pie diabético es una entidad compleja y a veces menospreciada. Existe una creciente preocupación por su manejo, debido a la alta co-morbilidad que genera junto a un incremento más que notable del gasto sanitario. A tal efecto se han ido creando unidades específicas que integran el diagnóstico y manejo del mismo, la piedra angular clásicamente ha sido el cirujano vascular, sin embargo en muchos hospitales se carece de tal representación, asumiendo éste papel otras especialidades, fundamentalmente cirujanos generales y traumatólogos.

El objetivo de éste póster es presentar el manejo que se lleva a cabo en nuestro hospital con la ausencia física de éste especialista.

Material y método: Desde la implantación del plan andaluz de diabetes 2009-2013, el eje central de las unidades de pie diabético en el Servicio Andaluz de Salud corresponde al Servicio de Endocrinología, como de hecho sucede en nuestro hospital. Está apoyado por los diferentes servicios intrahospitalarios implicados en su manejo como son Cirugía Vascular, Rehabilitación, Medicina Interna/ Infecioso, Traumatología y Cirugía General e interactuando con Atención Primaria para colaboración y puesta en marcha de protocolos consensuados. En el H.U. Puerto Real (Cádiz) se han nombrado responsables numerarios de las especialidades que pertenecen a la Unidad de Pie Diabético.

La fisiopatología del pie diabético a efectos prácticos se puede dividir en dos grandes grupos, aquellos que poseen componente isquémico (asociando o no trastornos de sensibilidad) y los no isquémicos.

El problema sobreviene por la ausencia de la figura del Cirujano Vascular en mucho de nuestros hospitales, en éste sentido son los encargados del manejo de aquellos que poseen componente isquémico. Para coordinación de dichos pacientes se ha elaborado en nuestro hospital un protocolo y manejo del pie diabético isquémico consensuado con nuestro hospital de referencia (H.U. Puerta del Mar-Cádiz), en el que se especifican pruebas a realizar (Doppler e ITB, con o sin arteriografía ó angiotac/angiorm), horarios y urgencia de envío de pacientes.

Resultados: Los pacientes están siendo derivados desde atención primaria a atención especializada a través de urgencias si así lo requiriese ó a hospital de día de endocrino cada miércoles, tras valoración, se decide ingreso y según el protocolo quedaría en nuestro hospital o sería derivado al H.U. Puerta del Mar para valoración de Cirugía Vascular. Una vez valorado el paciente vuelve a nuestro hospital o queda a cargo de ellos para valoración de cirugía de re-vascularización.

Conclusiones: Es perfectamente viable el manejo del pacien-

te diabético en un hospital carente de cirujanos vasculares con la premisa de mantener un contacto preestablecido y fluido.

La atención y respuesta al paciente a nivel intra y extrahospitalario ha mejorado de forma significativa gracias a la protocolización y coordinación interniveles y entre especialista.

Al conseguir delimitar el número de integrantes se ha conseguido un trato más personalizado.

Isquemia Mesentérica Aguda en el paciente joven.

Morales Gonzalez A, Moreno Serrano A, Yague Martin E, Maturana Ibañez V, Motos Mico J, Torres Melero J, MUñoz Martin T

C.H. Torrecárdenas. Almería

Introducción: La isquemia mesentérica se define como la reducción de flujo sanguíneo en áreas irrigadas por los vasos espláncnicos. Esta forma aguda ocurre aproximadamente en 0,1% de las admisiones hospitalarias a urgencias, aunque esta frecuencia si existen factores de riesgo tales como aumento de la edad poblacional, enfermedades cardiovasculares.

La mortalidad en estos pacientes esta en torno al 70% - 80%.

Epidemiológicamente la isquemia mesentérica aguda afecta a mujeres en la sexta década de la vida (60%) , prevalente si presentan riesgo cardiovascular, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, arritmia, valvulopatías o infarto agudo de miocardio reciente.

En casos de trombosis venosa mesentérica de forma aguda la etiología puede ser o bien primaria o bien situaciones de hipercoagulabilidad como coagulopatías, procesos tumorales, policitemia, deshidratación.

Material y métodos: Varón de 54 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en epigastrio, que de forma gradual se va intensificando el tiempo. El paciente lo relaciona con cuadro de stress. No vomitos, ni nauseas, no alteración de hábito intestinal. Exploración el paciente presenta un cuadro de dolor abdominal difuso, generalizado, con discreta defensa muscular. Dentro de las pruebas complementarias destaca una leucocitosis en 19000 con 86,8% neutrofilia, una PCR 11 y dentro de la serie roja hematías 7,13 , hemoglobina de 21,3 y un hematocrito de 64. La TAC es informada como liquido libre intraperitoneal en ambos subfrénicos, gotiera derecha y espacio de Douglas. Las asas del intestino delgado se aprecian ligeramente distendidas y llenas de líquido. El colon derecho presenta una pared levemente engrosada e hipodensa. No se aprecian signos de obstrucción intestinal. No se puede llegar a un diagnóstico concluyente mediante la prueba de imagen. Ante los hallazgos y la situación clínica del enfermo se decide laparotomía exploradora de urgencias encontrando aproximadamente unos 150cm de intestino delgado con signos de isquemia y desvitalización, que tras valorar su viabilidad, no se aprecian signos vitales por lo que se decide resección de la zona afecta y anastomosis laterolateral manual. La anatomía patológica es informada como pieza de intestino delgado de 150 centímetros con serosa muy congestiva y a su apertura se aprecia la luz de los vasos totalmente ocupada por material de aspecto hemático organizado, con impactación sobre el mesenterio, isquemia mesentérica venosa. El paciente evoluciona de forma tórpida requiriendo Nutricion Parenteral Total durante 1 mes.

Analicamente la poliglobulia cede desde el día después de la intervención. A los 3 meses revisión en consulta, asintomático y controlado con dieta.

Resultados y conclusiones: Aunque la isquemia mesentérica es un cuadro que acontece predominantemente en pacientes cuya edad sea superior a la quinta década de la vida y con factores de riesgo, es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en pacientes con un abdomen agudo sin diagnóstico certero, y en los cuales no debemos demorar una actitud terapéutica precoz ya que la supervivencia es inversamente proporcional a la precocidad diagnóstica.

Espasmo aórtico como causa de dolor abdominal agudo

Alejandro J. Pérez Alonso; Carlos del Olmo Rivas; Ana Belen Fajardo Puerta, Ignacio Machado Romero, Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario San Cecilio. granada

Introducción: El espasmo aórtico es una entidad clínica desconocida, de la que apenas existe alguna referencia en la bibliografía. Sin embargo, en contraposición, el espasmo de grandes vasos (descartando aorta) es una entidad relativamente frecuente producida por numerosos desencadenantes tales como enfermedades autoinmunes, fármacos y enfermedades recesivas.

Material y Métodos: Presentamos el caso de un paciente de 56 años sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de aparición brusca, junto con decaimiento general de su estado físico. Se le realizó un análisis sanguíneo que arrojaba unos valores de PCR 20,05; Leucocitos 19.000, Neutrofilos 87%, LDH 534, pH 7,30; APTT 75%. Ante la sospecha de un proceso intestinal agudo, probablemente isquemia intestinal se decide realizar TAC abdominopélvico con contraste.

Lejos de hallar signos sugerentes de tal proceso dentro de las arterias frecuentemente afectadas, se halló un espasmo aórtico completo, en flor de Lis, ocluyendo por completo la luz intestinal, que impedía el paso de contraste a arteria mesentérica superior e inferior. No se halló neumatosis intestinal aunque sí gran dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico de presunción se estableció en isquemia mesentérica debido a espasmo aórtico.

Dado el origen de la entidad se decidió mantener tratamiento médico conservador con sueroterapia intensa y fármacos vasodilatadores. Se reinterrogó al paciente en búsqueda de factores predisponentes tales como ingesta de fármacos asociados (ergotamina) o enfermedades autoinmunes, negando cualquiera de ellas.

Resultados: Tras 3 horas de tratamiento médico intenso, la sintomatología cedió paulatinamente, mejorando los parámetros analíticos a las 6 horas de su llegada. Se decidió realizar nuevo TAC abdominopélvico con contraste en la que había desaparecido las imágenes del TAC previo. Se mantuvo en observación al paciente durante 48 horas, sin repetirse el cuadro clínico, siendo dado de alta. Se realizó seguimiento por parte de Medicina Interna, sin hallarse hasta el momento el factor etiológico del cuadro.

Conclusiones: La isquemia Intestinal es un cuadro clínico

de relativa frecuencia en pacientes de edad avanzada, y en aquellos pacientes con factores predisponentes. Hasta el momento, no había sido descrito un espasmo aórtico espontáneo, sin factores predisponentes, en la bibliografía; y del mismo modo no existen cuadros clínicos intestinales producidos por la misma entidad descritos. Gracias a la actitud conservadora, se resolvió el cuadro sin necesidad de realizar algún acto quirúrgico, que hubiera sido de gran morbi-mortalidad dada la implicación orgánica y arterial. Debemos tener presente en algunos cuadros de isquemia intestinal, la posibilidad de la presencia de enfermedades autoinmunes y/o sistémicas; o bien la toma de fármacos con actividad asociada tales como la ergotamina, Noradrenalina; como desencadenantes de la enfermedad. Para ello es necesario realizar una anamnesis dirigida que permita descartar cualquiera de estos procesos.

Aneurisma del tronco celiaco: una causa infrecuente de dolor abdominal.

Navas Cuéllar, JA; Bernal Moreno, DA; Cepeda Franco, C; Segura Sampedro, JJ; Riera Jiménez, AG; Herrera del Castillo, JC; Castilla Carretero, JJ; Sánchez Rodríguez, JM; Martín García, C; Gómez Ruiz, FT.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. SEVILLA

Introducción: Los aneurismas del tronco celiaco son una lesión infrecuente que representa el 4% de todos los aneurismas viscerales y suelen mostrarse clínicamente asintomáticos. Presentamos el caso de un paciente con aneurisma del tronco celiaco que debuta con cuadro de dolor abdominal secundario a infarto esplénico submasivo y cómo se resuelve exitosamente de forma no quirúrgica.

Caso Clínico: Varón de 40 años que acude por dolor localizado en flanco izquierdo más vómitos. Antecedente de cólicos nefríticos de repetición y sin factores de riesgo, excepto tabaquismo. Al ingreso, CPK de 401 mU/ml. Tras solicitar una ecografía donde existían dudosos signos de diverticulitis aguda, se practica angioTAC de abdomen urgente que pone de manifiesto trombosis arterial del tronco celiaco, arteria hepática principal y arteria esplénica proximal, de carácter severo y subtotal, con imágenes de isquemia-infarto esplénico masivo secundario.

Inicialmente se trata de forma conservadora con heparina de bajo peso y tras descartar cualquier causa primaria sistémica del cuadro, se decide realizar arteriografía que muestra un aneurisma sacular del tronco celiaco próximo a su origen, con una arteria esplénica distal al aneurisma permeable aunque con infarto esplénico extenso y trombosis de arteria hepática común con repermeabilización en origen de arteria hepática propia por medio de gastroduodenal. Se realiza tratamiento angioplástico con colocación de stent recubierto de 5 mm de diámetro y 39 mm de longitud. Buen resultado morfológico y funcional tras la colocación de la endoprótesis. Revisión en consulta a los 3 meses sin incidencias, con un angioTC de control que muestra permeabilidad del mismo y sin fugas.

Discusión: En la actualidad, la aparición inesperada de un aneurisma del tronco celiaco durante la realización de una angiografía explica el diagnóstico prácticamente del 65% de los casos, sin embargo, hay que tenerlo presente como entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, apoyándonos

en pruebas de imagen específicas (TC) para confirmarlo. Por su naturaleza menos invasiva, el tratamiento endovascular o la embolización selectiva son una opción atractiva y efectiva para disminuir las complicaciones de las técnicas quirúrgicas abiertas, aunque los procedimientos quirúrgicos abiertos aún son el tratamiento de referencia.

Rotura de vena cava inferior en dos tiempos

Ana Belén Bustos Merlo, Jaime Jorge Cerrudo, Jesús Damián Turiño Luque, Alfonso Mansilla Roselló, Tomás Torres Alcalá, Jose Antonio Ferrón Orihuela

Servicio de Urgencias de Cirugía General del Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Las lesiones vasculares intraabdominales por arma de fuego están asociadas con una mortalidad del 32-54%, que en el caso de afectación de la vena cava puede ascender hasta el 43-75%.

Presentamos el caso de un paciente con heridas por arma de fuego con una lesión a nivel de la vena cava inferior con rotura de la misma en dos tiempos, y discutimos sobre la importancia de la exposición adecuada del retroperitoneo en este tipo de lesiones.

Caso clínico: Varón de 45 años, sin patología de base, que acudió a Urgencias presentando cuatro heridas de bala por arma de fuego. Exploración inicial: Hemodinámicamente estable (TA 148/86 mm Hg, frecuencia cardíaca 89 lpm). Presentaba 4 orificios: uno a nivel supraclavicular derecho, dos en ambos hipocóndrios y otro a nivel suprapúbico. La analítica mostraba una hemoglobina de 8,9 gr/dl, una función renal normal, y la gasometría puso de manifiesto una acidosis metabólica (pH 7.23, HCO₃ 18 mmol/L, ácido láctico 3,6 mEq/L). La TAC informó de la presencia de los proyectiles en musculatura torácica posterior derecha a nivel T7, cuerpo vertebral L3, glúteo izquierdo y cara anterosuperior del muslo derecho. A nivel abdominal, se evidenció un hematoma de 8x7 cm subhepático, en contacto con cabeza de páncreas y duodeno, así como pequeñas burbujas de aire extraluminal en epiploon mayor, sugerentes de perforación de víscera hueca.

Se realizó laparotomía urgente, evidenciándose hemoperitoneo y una doble perforación a nivel de la primera asa de yeyuno, así como un hematoma retroduodenal derecho. Tras la realización de maniobra de Cattell-Brasch y de Kocher, se drenó el hematoma, y se objetivaron dos perforaciones en cara anterior y posterior de la segunda rodilla duodenal, con una laceración del páncreas adyacente. Durante las maniobras de movilización duodenal, se produjo sangrado súbito con hemoperitoneo masivo. Tras compresión manual de la vena cava, se evidenció un orificio en la misma a nivel infrarrenal. Se resolvió mediante colocación de clamp vascular (Satinski) y reparación del defecto con sutura continua (monofilamento irreabsorbible 4/0). Finalmente, se suturó cara anterior y posterior duodenal, junto con resección de la primera asa yeyunal.

Evolución inicial favorable. En el cuarto día postoperatorio debutó con una fístula entero-cutánea de bajo débito, que se resolvió con tratamiento conservador a las 48 horas. Se derivó al alta a la tercera semana, y reingresó en Cirugía Vasculat a los 3 días por trombosis venosa profunda ilio-femoropoplíteica derecha que se solucionó con anticoagulación.

Conclusiones: Ante la presencia de hematoma retroperitoneal por herida por arma de fuego, se debe valorar siempre la posibilidad de una lesión de los grandes vasos abdominales.

Es posible la laceración de la vena cava sin sangrado activo por este tipo de traumatismos, y la posibilidad de rotura de la misma durante las maniobras de exploración en la laparotomía, por lo que debemos estar prevenidos ante este hecho, a fin de adoptar las medidas terapéuticas oportunas para minimizar sus consecuencias.

Tratamiento multidisciplinar de la isquemia crítica crónica de miembros inferiores

Ruiz Zafra Alfonso, Mauricio Alvarado Cristian, De La Cuesta Antonio

HUV Macarena. Sevilla

Introducción: El síndrome de isquemia crónica crítica de miembros inferiores, asociado o no a diabetes, cumple los requisitos que definen su abordaje como un proceso. La asistencia sanitaria a los pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica crónica genera unos costes progresivamente crecientes.

Material y Métodos: Nuestro modelo se basa en la hipótesis de que el abordaje multidisciplinar de esta devastadora complicación de la arterioesclerosis proporciona beneficios, no sólo en el aspecto clínico, sino también en el económico.

Conclusiones: El abordaje de esta enfermedad como un proceso, es una opción basada en el sentido común, la racionalidad y en la práctica de la evidencia para la provisión eficaz de los cuidados, provocando un aumento espectacular en la calidad de vida de los pacientes. Provoca una disminución de las amputaciones, mejora costes, sobre todo afectando a las estancias medias hospitalarias, aumenta estándares de calidad, propicia medición de indicadores, y fomenta actividades preventivas. Puede ser un modelo exportable a cualquier otra área sanitaria.

Mucocele Apendicular

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Antonio Jesús González Sánchez, José Manuel Aranda Narváez, Custodia Montiel Casado, Pascual López Ruiz, Rosa Becerra Ortiz, Julio Santoyo Santoyo.

HRU Carlos de Haya, Málaga. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Trasplantes.

Introducción: El mucocele apendicular es una dilatación de la luz apendicular con acumulación anormal de moco en su interior. Es una patología muy poco frecuente, solo observada en el 0.2-0.3% de todas las apendicetomías, generalmente en el contexto de la apendicitis aguda. La torsión del mucocele apendicular es excepcional(a, b, c, d, e)

Objetivos: Presentar el caso de un paciente intervenido por mucocele apendicular volvulado con clínica compatible con abdomen agudo.

Material y métodos: Varón de 79 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha con defensa y signos de irritación peritoneal localizados. La analítica general de sangre no mostraba datos relevantes. En la ultrasonografía de abdomen realizada se informó de la presencia de una lesión de aspecto quístico en fosa ilíaca derecha adyacente a íleon

terminal con contenido contenido ecogénico heterogéneo en su interior. Ante estos hallazgos se completó el estudio con tomografía computerizada de abdomen y pelvis que objetivó una lesión quística en relación con el apéndice cecal de 7,7x4,5 cms con pared bien delimitada y pequeña calcificación parietal y rarefacción de la grasa adyacente. Ante la sospecha clínica de mucocele apendicular complicado se planificó la realización de apendicectomía abierta. Tras acceder a cavidad abdominal mediante incisión de McBurney pudo ser observada una masa apendicular volvulada siguiendo el eje visceral con compromiso vascular parietal sin ruptura, pudiéndose realizar la apendicectomía sin incidencias ni ruptura. El paciente fue dado de alta sin incidencias al tercer día postoperatorio.

El examen anatomo-patológico de la pieza fue informado como...

Discusión: El mucocele apendicular es una rara entidad que suele ser diagnosticada por apendicectomía por apendicitis aguda. Existen cuatro variantes histopatológicas: 1) Simple o de retención, normalmente causado por un apendicolito. 2) Hiperplasia epitelial (5-25%). 3) Cistoadenoma (63-84%). 4) Cistoadenocarcinoma (11-20%). (a, b, c). Su ruptura dentro de la cavidad puede originar un pseudomixoma peritoneal, constituyendo la complicación específica más grave.

Hasta el momento actual sólo han sido publicados en la literatura 4 casos de volvulación de un mucocele apendicular, complicación relacionada con un apéndice con mesoapéndice laxo y sin adherencias. El diagnóstico y tratamiento precoz para evitar su ruptura se hace imperativo ya que precipita la ruptura parietal precoz.

Conclusión: El mucocele apendicular es una patología apendicular infrecuente. Su ruptura es la principal complicación intrínseca. La volvulación es extremadamente infrecuente, pero cuando ocurre el tratamiento quirúrgico debe ser precoz.

Procesos tromboticos del eje portal

Andrea Vílchez; Maria, Jesús Álvarez; Jaime Jorge. Alfonso Mansilla, Ana García, José Tomás Torres, Manuel Carrasco, Ana Belén Bustos, José Antonio Ferrón.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La enfermedad trombogénica de la vena porta es responsable de un 5-10% de los casos de isquemias mesentéricas agudas. Presentamos 2 casos de patología trombotica en los ejes esplenoportal y portomesentérico. Discutimos sobre las posibles etiologías y las posibilidades de tratamiento.

Paciente y métodos: Caso 1: Varón de 44 años con dolor abdominal en flanco derecho de 1 semana de evolución. En la analítica sólo destacó una PCR de 15. La ecografía abdominal visualizó un trombo que causaba una estenosis parcial en vena porta, y un engrosamiento en ileon. Tras un tratamiento inicial con heparina de bajo peso molecular y antiagregación, tuvo una evolución tórpida, con aumento del dolor abdominal por lo que se solicitó una nueva TAC, evidenciando una trombosis completa de la vena porta y vena mesentérica superior hasta ramas distales, con signos de isquemia intestinal. Se intervino realizándose una trombectomía portomesentérica y resección segmentaria de 50cm de yeyuno y 35cm en ileon.

Se utilizó una bolsa de Bogotá como técnica de laparostomía, procediendo al cierre tras aseccnd looks tras 48 horas.

Caso 2: Mujer, de 43 años sin antecedentes de interés. Acudió a Urgencias hospitalarias por presentar dolor abdominal de comienzo súbito, localizado en hipocondrio izquierdo. Se observó una leucocitosis moderada (12,5 x10³/mm³) en la analítica. La TAC informó de infarto esplénico por trombosis en vena y arteria esplénica. La paciente tuvo buena evolución inicial con tratamiento anticoagulante y antiagregante, pero presentó un incremento del dolor abdominal al tercer día. Una TAC de control evidenció una extensión del proceso trombotico hacia la porta y sus ramas, así como áreas de hipoperfusión hepática. Se produjo un incremento moderado de las enzimas hepáticas (GPT 150mU/ml, GOT 70mU/ml), sin embargo, disminuyó paulatinamente la sintomatología.

Resultados: Caso 1: Evolución favorable, siendo derivado al alta al quinto día postoperatorio. El estudio de coagulación especial mostró un déficit de antitrombina III.

Caso 2: Tras la desaparición del dolor abdominal se procedió al alta. La estancia fue de 25 días. En el estudio de trombofilias se evidenciaron mutaciones en gen de la protrombina, del factor XII y MTHFR. Una ecografía a los 4 meses objetivo persistencia del trombo sólo en la rama izquierda de la porta.

Ambos pacientes mantienen un tratamiento con acenocumarol y ácido acetil salicílico.

Conclusiones: Dentro de los estados de hipercoagulabilidad más frecuentes responsables de este tipo de trombosis encontramos alteraciones en el gen del factor V de Leiden, mutación en el gen de la protrombina, déficit o resistencia de proteína C y S, antitrombina III o alteraciones en el factor XII.

El uso de la TAC o la Ecografía-Doppler son las exploraciones morfológicas de elección en las sospechas de enfermedad trombotica en el eje portal, procurando el diagnóstico en más del 90% de los casos.

El tratamiento de las trombosis agudas se basa en la antiagregación y anticoagulación a dosis terapéuticas. Se reserva la Cirugía en caso de sospecha de complicaciones isquémicas.

¿Cuándo realizar un abordaje quirúrgico en la neumatosi quística intestinal?

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Manuel Ruiz López, Santiago Mera Velasco, Iván González Poveda, José Antonio Toval Mata, Joaquín Carrasco Campos, Marta Valle Carbajo, Beatriz García Albiach, Julio Santoyo Santoyo.

HRU Carlos de Haya, Málaga. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Trasplantes.

Introducción: La neumatosi quística intestinal es una enfermedad poco frecuente, benigna y de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de gas en cavidades quísticas serosas o subserosas dentro de la pared del intestino delgado o grueso. Las localizaciones más frecuentes son intestino delgado 42% (yeyuno 60%, duodeno 30% e ileon 10%); colon 36% y mixtos el 22%. Su incidencia no es conocida de forma exacta, pero se está detectando más dado al uso cada vez más frecuente del TC abdominal. Puede ocurrir en cualquier edad, aunque es más frecuentemente visto en pacientes ancianos.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente intervenido por

una neumatosis colónica con clínica compatible con un abdomen agudo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 77 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, bronquitis crónica, y cólicos renoureterales de repetición, acude a urgencias siendo diagnosticado de cólico renoureteral de seis días de evolución. El paciente presenta dolor en fosa iliaca izquierda con una exploración abdominal con defensa e irritación peritoneal, por lo que ante estos hallazgos se decide realizar un TC abdominal, que informa de dilatación del uréter izquierdo asociado a litiasis en zona distal, colelitiasis y una neumatosis del colon derecho con neumoperitoneo asociado. Analíticamente solo presentaba una ligera leucocitosis con neutrofilia. Dado la mala evolución del paciente se decide intervenir quirúrgicamente, donde se observo el colon derecho con neumatosis en la pared con algunos segmentos con diámetro de hasta 2 centímetros, sin líquido libre ni signos de peritonitis; se realizó una hemicolectomía derecha con una anastomosis latero-lateral manual. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El informe anatomopatológico describe una neumatosis quística a nivel del ciego.

Discusión: La patogenia no está del todo clara, siendo probablemente de origen multifactorial. La mayoría de los casos son asintomáticos, aunque hasta un 30% puede desembocar en un neumoperitoneo espontáneo. La extensión de la neumatosis coli no tiene porque relacionarse con la severidad de los síntomas ni con la enfermedad de base. Se clasifica en primaria o idiopática que ocurre en un 15% de los casos, secundaria que abarca el 80%, y existe un tercer tipo infantil que normalmente es una complicación de la enterocolitis necrotizante.

Es muy importante que el hallazgo de las pruebas de imagen se correlacione con los hallazgos clínicos, de la exploración y las pruebas de laboratorio; para determinar qué pacientes pueden ser manejados médicamente con el tratamiento de la enfermedad subyacente y quienes requerirán una cirugía de emergencia. La cirugía de la neumatosis intestinal está indicada en caso de obstrucción, sangrado, necrosis segmentaria y/o perforación.

Conclusión: La decisión puede ser difícil debido a que el origen del gas no está a menudo del todo claro y los síntomas del paciente pueden ser volátiles, presentando un gran dilema para el cirujano. En la práctica clínica es difícil distinguir los pacientes que requieren cirugía, de los que se pueden observar o manejar de forma conservadora, sin necesidad de cirugía exploratoria.

Evisceración vaginal rectosigmoidea

Álvarez Alcalde, Antonio; Sánchez Relinque, David; Fernández Serrano, Jose Luis; Toval Mata, Jose Antonio; Ulecia Moreno, Javier; Romero Pérez, Luis Francisco; Recio Pando, Héctor Antonio; Tejido Sánchez, Carmen; Ariza Rodríguez, Francisco

Hospital La Línea. Cadiz

Introducción: Desde que fue descrita por primera vez en 1864 por M. Hyernaux, solamente han sido descritos algo más de 60 casos de evisceración vaginal en la literatura médica. Es una patología rara más frecuente en mujeres menopáusicas,

asociadas en la mayoría de los casos con enteroceles, cistoceles o cirugía pélvica previa especialmente histerectomía vía vaginal, mientras que en pacientes premenopáusicas se suelen asociar a coitos acompañados de laceraciones vaginales. En el caso de las primeras se han descrito diversos factores de riesgo: mala técnica quirúrgica tras histerectomía abdominal o vaginal, infecciones, hematomas, coito precoz, radioterapia, edad avanzada, corticosteroides y maniobras de Valsalva. La mortalidad asociada a estos casos es del 5,6% y su morbilidad aumenta en función de la incarceration del contenido por el defecto vaginal.

Material y métodos: Presentamos el caso de una de una paciente de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y de histerectomía vaginal a los 52 años por mioma uterino. Ingresa en Urgencias por cuadro de dolor en región inferior del abdomen y aparición súbita de tumoración blanda a través de introito vaginal. Al examen físico destacaba la protrusión de contenido visceral a través de vagina con signos evidentes de isquemia acompañado de leve sangrado. Tras medidas iniciales de soporte y estudio preoperatorio urgente se decide la intervención quirúrgica.

Tras colocación de la paciente en posición de litotomía, se intenta inicialmente la reducción del contenido visceral desde periné. Ante la dificultad de la reducción tras repetidas maniobras, se decide laparotomía media donde se evidencia claramente la evisceración de sigma y recto superior volvulados a través de la cúpula vaginal. La imposibilidad de reducción del contenido por vía abdominal obligó a la resección de sigma y recto superior isquémicos por vía vaginal. Se completó la intervención con una resección parcial de cúpula vaginal con posterior vaginoplastia y realización de colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda.

Resultados: Durante el postoperatorio inmediato la paciente evolucionó favorablemente, con buena tolerancia oral progresiva y buen funcionamiento de la colostomía, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio sin complicaciones. Posteriormente en revisión no se evidenciaron complicaciones tardías aunque finalmente no se reconstruyó el tránsito intestinal por negativa de la paciente.

Conclusiones: La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica, cuyo éxito depende de una actuación rápida y eficaz. Aunque están descritas la vía de abordaje vaginal y abdominal (también laparoscópica) puras, en el caso de isquemia inviable del contenido eviscerado se hace necesario el abordaje abdominal para valorar la extensión y magnitud de las lesiones así como potenciales lesiones inadvertidas. De las numerosas técnicas para el cierre del defecto vaginal, la reparación primaria ha demostrado, aunque sencilla, ser eficaz y segura. En el caso de resección intestinal, la reconstrucción del tránsito en el mismo acto quirúrgico debe individualizarse.

Reconstrucción pélvica con colgajo pediculado de gracilis.

J. Fernando Pérez Martínez, M.D. González Olid.

Empresa Pública Hospital del Poniente. Almería

Introducción: El colgajo de músculo grácilis ha sido utilizado en diversas terapéuticas reconstructivas debido a su versatilidad.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 81 años, que es tratada por nosotros tras presentar una recidiva de un carcinoma epidermoide de vulva, tratado previamente con radioterapia y cirugía.

Resultados: La cirugía precisó de una cirugía pélvica compleja con vulvectomía total, amputación abdominoperineal asociada y reconstrucción del defecto perineal con transposición de músculo grácil izquierdo debido a la presencia de lesiones rásicas previas que imposibilitaban un cierre del defecto de forma primaria. Exponemos la técnica realizada así como las indicaciones de la misma.

Conclusiones: la versatilidad del colgajo mio-cutáneo de m. gracilis permite el cierre de heridas perineales complejas como el caso que presentamos y debe ser una alternativa más a tener en cuenta en caso de defectos perineales extensos, siendo extrapolable dicha situación a otros procesos.

Sarcoma sinovial de pared abdominal

Jiménez Riera G, García Ruiz S, Méndez García C, Tamayo López MJ, Martín Cartes JA, Bustos Jiménez M, Docobo Durántez F, Padillo Ruiz FJ.

HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los sarcomas sinoviales son tumores que habitualmente se diagnostican en extremidades, principalmente en rodillas y en relación con tendones y bursas. La localización en pared abdominal es extremadamente infrecuente. Presentamos un caso de localización inguinal, sin aparente relación con cápsula sinovial.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 46 años, intervenida de cesárea, con antecedentes mioma uterino y exéresis de lipoma inguinal tres años antes. Consulta por presentar nueva tumoración en región inguinal derecha, no móvil, sin adenopatías loco-regionales, que ha ido creciendo sin ningún tipo de sintomatología.

Se realiza el estudio ecográfico que informa de la presencia una masa en la región inguino-femoral derecha que mide 50,1 x 26,2 mm, compatible con una adenopatía inflamatoria o proliferativa. Mioma en el cuerno derecho del útero, mínimamente calcificado que mide 41,4 mm.

Se realiza TC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso, que objetivó una masa de aproximadamente 55 x 34 mm en la raíz del muslo derecho de predominio hipervascular con algunos focos líquidos en su interior, compatible con una gran adenopatía patológica que podría ser debida a un síndrome linfoproliferativo (Enfermedad de Castleman o linfoma) o ser metastásica de otro tipo de neoplasia dependiente del MID, menos probable, por su tamaño y estructura, que sea debida a un proceso infeccioso.

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica programada para exéresis y estudio de la pieza. Se realiza estudio anatomopatológico intraoperatorio del tumor que informa de "tumoración fasciculada maligna compatible con sarcoma (leiomiomasarcoma de posible origen uterino)".

El estudio diferido de la pieza de resección informa de la presencia sarcoma sinovial monofásico que contacta con los planos de resección, con positividad para EMA, Ki-67, translocación del gen SYT (18q11.2) en el 82% de las células tumo-

rales y negatividad para AML, CD10, CD34, C-Kit, S-100, desmina y CK-pan, lo que apoya el diagnóstico.

Se programa para reintervención y ampliación de márgenes de resección. El nuevo estudio anatomopatológico confirma que los márgenes de resección se encuentran libres de enfermedad.

En la revisión al año presenta tumoración dolorosa en rodilla. Se solicita RMN: Cambios inflamatorios en cuadrante superoexterno de la rodilla. A descartar pinzamiento crónico de la misma. Discreto derrame articular de la rodilla. Alteraciones residuales a la cirugía previa, sin indicios de apreciable recidiva tumoral local, sin otros hallazgos.

Discusión: Este tipo de tumores no presenta una clínica específica, sino derivada de la localización de su crecimiento. Pueden clasificarse desde el punto de vista anatomopatológico en bifásicos y monofásicos dependiendo del patrón morfológico de presentación, ya sea estromal y epitelial o sólo estromal.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe hacerse con otras neoplasias mesenquimatosas y lesiones sarcomatosas. El diagnóstico definitivo se realizará mediante el análisis histológico y el análisis inmunohistoquímico de la pieza, que mostrará queratinizaciones focales y positividad para el antígeno de membrana endotelial, además pueden encontrarse focos de microcalcificaciones y el hallazgo de la mutación característica, la translocación t(X;18) SYT/SSX2

El tratamiento aplicado hasta ahora en estos tumores ha sido la cirugía, sin haberse comprobado efectividad del tratamiento con quimioterapia o radioterapia adyuvantes. El seguimiento postquirúrgico ha de ser exhaustivo, ya que si bien las metástasis no son frecuentes en el momento del diagnóstico, las recidivas postoperatorias aparecen hasta en un 20% de los casos, especialmente en los tumores más indiferenciados y de mayor tamaño.

Conclusiones: El sarcoma sinovial monofásico de presentación en pared abdominal es una entidad infrecuente, que como todos los tumores de pared abdominal requieren un tratamiento quirúrgico con márgenes libres y un seguimiento postoperatorio estrecho.

Para el diagnóstico diferencial de los tumores de pared (región inguinal) recomendamos la exéresis total del mismo en lugar de una punción biopsia. Con el objetivo de conseguir el diagnóstico de la tumoración y a la vez el tratamiento definitivo de la misma.

Hernia obturatriz complicada en paciente con piuria

Daniel Pérez Gomar, Marcos Alba Valmorisco, Ander Bengoechea Trujillo, Maria Angeles Mayo Osorio, Jose Manuel Pacheco García, M^a Carmen Bazán Hinojo

H.U. Puerta Del Mar. Cádiz

Introducción: La hernia obturatriz (HO) es una entidad rara dentro de las hernias de la pared abdominal. Se producen a nivel del canal obturador, por ensanchamiento del mismo debido al debilitamiento de la membrana obturatriz, apareciendo un saco herniario con posible incarceration y estrangulación intestinal. Se presenta un caso de HO en una paciente monorrena que ingresa en el servicio de Medicina Interna (MI) por sospecha de sepsis de origen urinario.

Caso clínico: Mujer de 73 años con antecedentes de age-

nesia renal congénita izquierda, hernia inguinal derecha no complicada, enfermedad valvular importante, triple by-pass y artrosis evolucionada de cadera derecha con dolor habitual, habiendo rechazado colocación de prótesis. Ingresa en MI por dolor inguinal derecho irradiado a pierna ipsilateral, junto con piuria, con leve alteración de la función renal. A la exploración presentaba molestias a la palpación abdominal de predominio en región inguinal derecha e hipogastrio, sin defensa y con ruidos preservados. Hernia inguinal derecha reductible, sin complicación. Miembro inferior derecho acortado con rotación externa y limitación funcional por dolor. Durante el ingreso presenta empeoramiento de la función renal y cuadro obstructivo. Se le realiza TAC en el que se aprecia signos radiológicos de obstrucción de intestino delgado probablemente secundario a HO derecha, hernia inguinal derecha no complicada, dilatación vía excretora del riñón derecho sin poder esclarecer la causa y atrofia renal izquierda. Ante los hallazgos clínico-radiológicos se decide laparotomía media con reducción de HO estrangulada, se realiza la resección segmentaria de yeyuno distal dada la inviabilidad del asa, con anastomosis L-L mecánica y colocación de 2 prótesis en orificio obturador y orificio inguinal respectivamente. La paciente evoluciona favorablemente y se da de alta.

Discusión: La HO representa del 0,14-0,07% de las hernias de la pared abdominal, constituyendo del 0,02-12,6% de las obstrucciones intestinales. La primera descripción la hizo Ronsil en 1724, existen pocas publicaciones en la actualidad, siendo más numerosas las series de origen chino y japonés. Se dan con más frecuencia en mujeres mayores de 70 años, multíparas y con delgadez extrema, siendo más frecuentes en el lado derecho. La HO se producen en el canal obturador, situado en la parte superior del orificio obturador, limitado cranealmente por la cara inferior de la rama horizontal del pubis y caudalmente por el borde superior de la membrana obturatriz. El diagnóstico preoperatorio es muy complicado dado que la clínica que presenta los pacientes en muchas ocasiones pasa como si de una coxartrosis se tratase o bien como un cuadro obstructivo cuya causa no se averigua hasta la intervención quirúrgica. Sólo en el 20% de los casos puede palparse una masa. El Signo de Hannington-Kiff (pérdida del reflejo aductor) y el signo de Howship-Romberg (neuralgia en cara interna del muslo) característicos de esta entidad, no siempre están presentes.

Junto con la clínica, el TAC se considera la prueba de imagen de elección para su diagnóstico. Se visualiza de esta manera la existencia de una masa entre el pectíneo y el músculo obturador externo. Dado que con frecuencia se asocia a un estrangulamiento de asas de intestino delgado (tipo Richter) y al retraso diagnóstico, la HO tiene una elevada mortalidad (40%).

Existen múltiples vías de abordaje para la reparación: vía abdominal, crural, inguinal, suprapúbico (Cheate-Henry) o combinadas (Gauthier, Caby-Payá, Lortat-Jacob.). El tratamiento de elección en la actualidad para las HO no complicadas es el abordaje endoscópico preperitoneal con colocación de prótesis en el orificio interno del canal obturador. Generalmente en hernias complicadas se opta por la laparotomía media.

Diagnóstico y Manejo del Tumor primario de Pared Abdominal. Casuística.

J.J. Segura Sampedro, S. García Ruiz, J.A. Navas Cuéllar, C. Méndez García, M. Requena Díaz, J.A. Martín Cartes, M.J. Tamayo López, M. Bustos Jiménez, F. Docobo Duránte, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Los tumores primarios de pared abdominal se engloban como sarcomas de partes blandas en la mayoría de las ocasiones, siendo ésta una localización extremadamente infrecuente. Evaluamos nuestra casuística del último año.

Material y métodos: Caso clínico 1: Mujer de 81 años que consulta por tumoración lumbar izquierda de unos 35 cms, de varios meses de evolución. Sin antecedentes personales de interés. En tomografía se observa tumoración de pared abdominal posterior, que afecta a plano muscular. La biopsia no es concluyente, por lo que se indica exéresis quirúrgica, extrayendo una pieza de más de un kilogramo de peso, que precisa reconstrucción de la pared abdominal con malla de polipropileno. El postoperatorio cursa sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza es informada como sarcoma fibromixioide T2NoMo, que precisó tratamiento radioterápico posterior. Durante el estudio de extensión se halló un GIST gástrico metacrónico, pendiente de tratamiento.

Caso clínico 2: Mujer de 34 años que consulta por tumoración en fosa ilíaca derecha, de 2 meses de evolución. Sin antecedentes de interés. Se aprecia masa a la palpación, de unos 4-5 cms de diámetro. En la ecografía y tomografía se observa masa dependiente de músculo oblicuo menor. Se decide intervención quirúrgica, en la que se realiza exéresis de la masa y reconstrucción de la pared abdominal con malla de polipropileno. El postoperatorio cursa de forma favorable. El estudio anatomopatológico muestra tumor mesenquimal desmoide, que no precisó tratamiento posterior.

Resultados: Nuestros hallazgos son concordantes con lo publicado en la literatura. La evolución de ambas pacientes fue satisfactoria y se realizó seguimiento por Cirugía y valoración por Oncología en ambos casos. La reconstrucción de la pared abdominal no mostró debilidades de la pared tras un seguimiento a 6 meses y las pacientes realizan control en consultas.

Discusión: El diagnóstico de sospecha de tumores primarios malignos de pared abdominal obliga a realizar pruebas de imagen (ecografía, tomografía y resonancia) y toma de biopsias para filiar la masa. El tratamiento definitivo incluye en la mayoría de las ocasiones la exéresis del tumor y, dependiendo de la histología, puede precisar quimiorradioterapia.

En la literatura se han descrito menos de 10 casos de tumores mesenquimales desmoides en pared abdominal, que se comportan como pseudotumores con evolución incierta, ya que pueden presentar recidivas locales de difícil tratamiento, si bien no producen metástasis a distancia. Su presentación típica es en niños y en mujeres en edad reproductiva (como el caso que presentamos) y en vaina de los rectos del abdomen.

Los rhabdomyosarcomas son la presentación más frecuente de tumores primarios de pared abdominal, apareciendo en más del 60% de los casos en pared abdominal anterior. La presentación más frecuente es en varones con dos picos de edad: 3º y 5º décadas de la vida. El tratamiento debe incluir radioterapia y es obligatorio descartar la presencia de metástasis a distancia, que pueden aparecer hasta en un 25% de los casos.

Tras la exéresis del tumor, es fundamental la reconstrucción

de la pared abdominal, que precisará distintas técnicas según el tamaño del tumor. No se han descrito contraindicaciones para el uso de bioprótesis, por lo que suele ser la opción más empleada para evitar un cierre con tensión. El uso de colgajos sólo se recomienda cuando se han descartado la presencia de tumores o metástasis a distancia.

El pronóstico depende directamente de la histología del tumor y de la presencia de metástasis ganglionares o a distancia, siendo los sarcomas de partes blandas los que presentan un peor pronóstico, con una supervivencia del 36% a los 5 años.

Hernia de Amyand: caso clínico y revisión de la literatura.

Dra. M. Retamar Gentil, Dr. J. López Ruiz, Dr. F. Sandoval, Dra. B. Marengo de la Cuadra, Dr. F. Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La presencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con un 0,13% de los casos. Esta rara condición se conoce como Hernia de Amyand. La forma de presentación habitual es la de una hernia inguinal complicada.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 56 años que presenta tumoración inguinal derecha de varios meses de evolución que se reduce espontáneamente y aumenta con la maniobra de Valsalva, desde hace 12 horas incapacidad para reducir la hernia, náuseas sin vómito, no fiebre y ni otros síntomas. A la exploración se aprecia tumoración en región inguinal derecha irreductible y muy dolorosa a la palpación, ligero eritema cutáneo en la zona, resto del abdomen sin alteraciones. Análíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia sin otros hallazgos. Tomografía de abdomen con contraste indicativo de hernia inguinal con asas intestinales colapsadas y grasa con aumento de densidad.

Resultados: Se interviene de Urgencias con la sospecha de hernia inguinal derecha estrangulada. Como hallazgo presenta hernia directa con saco en el que se encuentra el apéndice cecal en estado flemoso. Se realiza apendicectomía según técnica habitual y se repara el defecto herniario mediante colocación de doble malla preformada. Diagnóstico anatomopatológico de apendicitis flemosa.

Conclusiones: Dado la baja incidencia de esta patología y su habitual diagnóstico intraoperatorio es de interés conocer las diferentes alternativas técnicas que podemos emplear, así como las vías de abordaje. Siendo el tratamiento recomendado: apendicectomía y la reparación primaria de la hernia en el mismo tiempo operatorio, la colocación o no de plastia inguinal es un punto controvertido.

Hernia Lumbar de Grynfelt

F. de Abajo Miranda, C. Martín Jiménez, M. P. Sevilla Molina, E. Cáceres Fábrega, A. Galindo Galindo

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

La hernia de Grynfelt-Lesshaft es una entidad rara, localizada en la región lumbar, en concreto en el triángulo posterolateral superior, limitado por la decimosegunda costilla y la cresta ilíaca, la masa muscular sacrolumbar y el borde poste-

rior del músculo oblicuo interno. Las más frecuentes son de origen traumático o secundarias a cirugía, siendo las primarias más infrecuentes.

Su tratamiento se realiza mediante una incisión entre la decimosegunda costilla y la cresta ilíaca, con la colocación de una prótesis retroperitoneal anclada a los planos musculares. Existen grupos que realizan la hernioplastia vía laparoscópica.

Este caso clínico es el de una mujer de 36 años, con clínica músculo-esquelética y sensación de bulto en región dorsolumbar derecha, siendo el diagnóstico de hernia lumbar superior confirmado por TAC. No existían datos previos de traumatismo ni cirugía. Nuestra opción quirúrgica fue la hernioplastia tras incisión paralela a la decimosegunda costilla. No hubo complicaciones en el postoperatorio, reintegrándose a su actividad normal a las 3 semanas de la cirugía.

Hernia Obturatriz como causa de obstrucción intestinal. A propósito de un caso

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Daniel Pérez Gomar, Virginia González Rodicio, M^a del Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, José Ramón Castro Fernández, Manolo López Zurera, Ander Bengoechea Trujillo, Antonio Gil Olarte Pérez, José Manuel Vázquez Gallego

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: La hernia obturatriz es una rara entidad (frecuencia 0,073%), que se define por el trayecto del saco herniario, que se desplaza por el canal obturador. Con frecuencia existe una ausencia de signos y síntomas específicos que hacen que su diagnóstico sea difícil y su tratamiento. Por ello, presenta una elevada tasa de estrangulación herniaria. Cursan con una alta mortalidad, lo cual se relaciona con la frecuente perforación del contenido herniario en su interior. Predominan en el lado derecho y en la mujer (proporción de 6 a 1) y parecen verse favorecidas por el adelgazamiento, el embarazo y las neuropatías. La ecografía y, especialmente la TC abdominopélvica son las pruebas diagnósticas más sensibles y específicas para el diagnóstico de la misma. Por su rareza e interés se presentan un caso de obstrucción intestinal por hernia obturatriz intervenida en nuestro Servicio de Cirugía General.

Caso Clínico: Mujer 83 años que acude por cuadro de distensión abdominal y dolor así como anorexia y estreñimiento 3 días de evolución. Previamente presentó episodio de náuseas y vómito. Antecedentes personales: Laparotomía media infraumbilical que no sabe especificar e intervención por cataratas. Exploración física: Mal estado general. Delgadez extrema. Palidez cutánea mucosa. Abdomen globuloso timpánico con dolor generalizado. Se aprecia hernia inguinal bilateral reductible sin signos de estrangulación. Radiología simple de abdomen: niveles hidroaéreos y distensión de asas de intestino delgado. TAC abdominal: Gran dilatación de asas de intestino delgado que afectan a yeyuno e ileon. Se aprecia colapso de todo el marco cólico, así como hernia inguinal bilateral directa. En lado derecho se identifica asa de intestino delgado colapsada debido a la presencia de una tercera hernia a nivel del agujero obturador derecho compatible con hernia obturatriz encarcelada. Quistes parapiélicos en ambos riñones. Evolución: se instaura sueroterapia y se coloca SNG y se

procede a tratamiento quirúrgico. Intervención: Laparotomía media infraumbilical. Identificación de hernias inguinales bilaterales y de hernia obturatriz conteniendo asa de intestino delgado de aspecto violáceo que se recupera tras liberación. Se identifica divertículo yeyunal. Reparación de hernias inguinales con malla de polipropileno. Diverticulectomía. Incisión inguinal derecha y reparación de hernia obturatriz por vía anterior con tapón de polipropileno. Evolución desfavorable, falleciendo la paciente al 3º día postoperatorio.

Discusión: La hernia obturatriz es una variedad rara de las hernias de la pared abdominal (frecuencia inferior al 1%). Desde su primera descripción por Ronsil en 1724, se han publicado 735 casos en la bibliografía internacional, siendo las series más numerosas las de origen chino y japonés. Las especiales características anatómicas del agujero obturador hacen que sea un sitio poco propicio a la formación de hernias. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil debido a que en la mayoría de los casos antes de la obstrucción estas hernias permanecen asintomáticas. El nervio obturador conduce la sensibilidad cutánea de la cara interna del muslo y el impulso motor de los aductores. Por tanto, la compresión nerviosa produce debilidad de estos músculos lo que puede ser objetivado como una pérdida del reflejo de los aductores (signo de Hannington-Kiff) y dolor y parestias en la cara interna del muslo irradiado hacia la rodilla, el llamado signo de Howship-Romberg, que es considerado patognomónico de la hernia obturatriz. Característicamente, suele presentarse en mujeres de edad avanzada, multíparas y con delgadez extrema o caquexia y son más frecuentes en el lado derecho. La ecografía y la TAC abdominal son útiles en su diagnóstico y el tratamiento es quirúrgico. En general, es preferible el abordaje a través de laparotomía media, y es el que recomendamos, pues habitualmente se desconoce el diagnóstico etiológico de la obstrucción, además ofrece las siguientes ventajas: mejor visualización del agujero obturador y de los vasos que lo atraviesan, más fácil reducción del íleon herniado y resección si ésta fuera precisa, y fácil reparación del orificio contralateral o de otras hernias que puedan estar presentes. En nuestro caso se optó por reparar el anillo herniario con un tapón de polipropileno por vía anterior por imposibilidad técnica de realizarlo vía intraabdominal.

Complicación postoperatoria inmediata en laparoscopia: evisceración en puerta de acceso

José Jacob Motos Micó; Almudena Moreno Serrano; Alvaro Morales Gonzalez; Antonio Alvarez García; Diego Rodríguez Morilla; Ricardo Belda Lozano; Orlando Fuentes Porcel;

C.H. Torrecárdenas. Almería

Introducción: La aparición de hernias a través de los orificios de colocación de trocares es una complicación nueva resultado de la amplia difusión de los procedimientos laparoscópicos.

Su incidencia es variable y según la bibliografía oscila entre un 0,2-3%. Existe un factor independiente para su desarrollo y es el tamaño del trocar empleado, siendo el riesgo relativo estadísticamente significativo cuando el diámetro es igual o superior a los 10 mm (a pesar de ello se citan en la literatura casos anecdóticos pero reales de hernias en orificios por trocáres de 5 mm).

Dada las características anatómicas de estas hernias, en especial la rigidez de las fascias aponeuróticas y el tamaño entre 2-3 cm, hay una elevada tendencia a la incarceration e incluso el estrangulamiento de una asa de intestino delgado (17%).

Pacientes y métodos: Paciente mujer de 75 años que ingresó inicialmente para cirugía programada de neoplasia de sigma por laparoscopia.

Al 8º día postoperatorio, presenta un cuadro de obstrucción intestinal secundario a evisceración por orificio de trocar de laparoscopia.

Resultados: La enferma fue intervenida de urgencia en el C.H Torrecárdenas realizándose liberación del asa de intestino delgado sin necesidad de resección intestinal y hernioplastia. Tras postoperatorio favorable, la paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria al 10º día postoperatorio.

Conclusiones: A pesar de disminuir el riesgo de complicaciones, el uso de trocáres sin cuchilla no elimina por completo el riesgo de aparición de las mismas.

Hallazgo inusual en la cirugía de la hernia inguinal

Cepeda Franco C, Tallón Aguilar L, Navas Cuellar JA, Docobo Durántez F, Padillo Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Exponemos un caso ciertamente infrecuente de hernia inguinal cuyo contenido herniario es un cáncer ovárico metastásico diagnosticado intraoperatoriamente.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente sometida a intervención quirúrgica programada de hernia inguinal derecha. Hemos analizado el cuadro clínico, los hallazgos intraoperatorios y el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica; así como la literatura publicada al respecto.

Resultados: Mujer de 57 años que presenta tumoración inguinal derecha, compatible con hernia inguinal derecha no reductible por lo que se decide intervención quirúrgica programada. Durante el acto quirúrgico se objetiva saco herniario engrosado y con áreas de consistencia pétreas, por lo que se decide apertura del mismo para exploración del contenido herniario, encontrándose en su interior anejo derecho con tumoración quística y abundante líquido ascítico en cavidad. Se realiza ooforectomía derecha y resección de saco para estudio anatomopatológico y reparación del defecto mediante herniorrafia según técnica de Bassini. El postoperatorio cursa sin incidencias. El estudio histológico revela un adenocarcinoma mucinoso de ovario con carcinomatosis peritoneal.

Conclusion: El hallazgo de tumores en una hernia inguinal es extremadamente raro (0,007 ? o 4). Es escasa la sensibilidad de la exploración física y de la ecografía, por lo que la presencia de una masa incarcerada con otros síntomas de tumor intraabdominal o lesiones macroscópicas del saco herniario debería hacernos pensar en la existencia de una neoplasia oculta o contenida. La principal controversia que nos crea este caso es plantear si es necesario el análisis histológico sistemático de todos los sacos herniarios que se resecan o hacerlo sólo en aquellos casos sospechosos, dada la baja incidencia de este tipo de presentación.

Malla progrip para hernias paraestomales

Fernández Burgos I, González Poveda I, Becerra Ortiz R, Mera Velasco S, Ruiz López M, Carrasco Campos J, Martínez Ferriz A, Cabello Burgos A, Santoyo Santoyo J.

Hospital Carlos Haya. Malaga

Las eventraciones paraestomales están entre las complicaciones más frustrantes e incapacitantes de los estomas permanentes. La incidencia reportada a nivel mundial varía entre el 30 al 50%. Sólo un tercio de éstas se intervienen, hecho que en parte se explica por el alto índice de recidivas observadas tras la reparación. Las técnicas clásicas, como el cierre simple del defecto o la recolocación de la estoma, con tasas de recidiva elevadas, se han sustituido en gran medida por las plastias de refuerzo con materiales protésicos, tanto por vía abierta como por laparoscopia, aunque los resultados en cuanto a recidiva y a morbilidad siguen estando por debajo de lo ideal.

Presentamos el caso de un varón de 54 años, obeso e hipertenso, intervenido de un adenocarcinoma de tercio distal de recto, realizándosele una amputación abdominoperineal y colostomía definitiva tras quimioterapia y radioterapia, que desarrolló una hernia paraestomal con importantes molestias y dificultad del tránsito tres años después de ser intervenido. Se indicó reparación de la hernia paraestomal mediante técnica de Leslie modificada, colocándose una prótesis de Parietex ProGrip supraproneurótica, preformada para acomodar la ostomía, sin trasposición del estoma.

Factores sistémicos como la obesidad, inmunosupresión, terapia con esteroides, tratamiento radiante local, infección y mala nutrición, contribuyen de forma significativa a la formación de las hernias paraestomales. Las opciones quirúrgicas tradicionales de la reparación primaria de estas hernias paraestomales con o sin reposicionamiento de la ostomía han conducido a resultados desalentadores. Revisiones recientes describen la factibilidad y eficacia de las reparaciones permanentes con mallas sintéticas.

Tratamiento de la eventración post-lumbotomía.

Jiménez Riera G, Navas Cuéllar JA, Sojo Rodríguez V, Bernal Moreno DA, Ramírez Plaza CP, Jiménez Rodríguez RM, López Bernal F, Flores Cortés M, García Cabrera AM, Prendes Sillero E, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz FJ.

UCG de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH UU Virgen del Rocío. Sevilla. Sevilla

Introducción: La eventración lumbar tras lumbotomía es una complicación tardía de la cirugía urológica con una prevalencia estimada del 30-35%. Son factores de riesgo de aparición la edad, el déficit de proteínas, infección de la herida y el hematoma de la pared abdominal. Su presentación es poco frecuente y hay pocos casos publicados, por lo que no existen recomendaciones sobre su tratamiento con niveles de evidencia altos. El abordaje elegido dependerá del tamaño de la hernia y de la experiencia del cirujano. La cobertura del defecto puede hacerse con colgajos de fascia si la hernia es de pequeño tamaño, o mediante el uso de mallas sintéticas. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son los seromas y los hematomas.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer sana de 84 años que fue operada en otro hospital hace 25 años en dos ocasiones por litiasis ureteral a través de una lumboto-

mía derecha infracostal en ambos casos. Tres años después se sometió a reparación de la hernia incisional con una malla polipropileno. La paciente consulta por dolor y tumoración palpable en el lado derecho de la espalda, donde se realizó la lumbotomía. La TC demostró una gran eventración lumbar con una interrupción casi completa del músculo dorsal ancho y desinserción total de los músculos transverso y oblicuos externo e interno de las vertebrae, con un importante deslizamiento de colon ascendente y ciego en el tejido adiposo de región lumbar.

La paciente ha sido operada recientemente realizándose una nueva hernioplastia con malla de polipropileno. Se extirpó completamente el saco herniario y se realizó una extensa disección de estructuras musculares próximas (cuadrado lumbar, erector de la columna, transverso y los dos oblicuos) para conseguir una adecuada fijación de la malla. La paciente fue dada de alta en el segundo día del postoperatorio. El drenaje aspiratorio se retiró en el octavo día. Se desarrolló un seroma postoperatorio que tuvo que ser evacuado dos veces antes de su resolución. Se realizó una TC de control al mes, mostrando resolución de la eventración.

Resultados a largo plazo del tratamiento de la hernia inguinal en régimen de CMA mediante el empleo de mallas de baja densidad.

Navas Cuéllar, JA; Jiménez Riera, AG; García Martínez, JA; Mena Robles, J; Docobo Duránte, F; Padillo Ruiz, FJ.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. SEVILLA

Introducción: Las hernioplastias inguinales protésicas son las técnicas de elección en el tratamiento de la hernia inguinal. Las mallas de baja densidad se presentan como argumento para aportar a corto y medio plazo un mayor grado de confort postoperatorio y de satisfacción. El objetivo de este estudio es valorar la tasa de recidivas a largo plazo.

Material y Métodos: Se analizan 390 hernioplastias inguinales con implante de mallas de baja densidad (Ultrapro Hernia System) entre los años 2005-2006. Criterios intervención CMA. Los parámetros que se evalúan son: género, edad, ASA, número diagnósticos, índice sustitución, tipo anestesia y técnica empleada. No antibioterapia profiláctica. Intervenciones: equipo anestésico y quirúrgico estable incluyendo MIR. Control postoperatorio según protocolo. Objetivos de calidad: Tasa hospitalización < 3%. Cumplimentación parte quirúrgico > 95%. Controles a los 4 años postoperatorio telefónico y clínico si se precisase.

Resultados: 390 hernias inguinales: 315 (80.76%) varones / 75 (19.23%) mujeres. Rango: 16 - 85 años (media 55.14). Diagnósticos 1-7. Índice complejidad 2.58.

Índice sustitución: 97,69%. Riesgo anestésico: ASA I: 80 (20.51%) ; ASA II: 242 (62.05%); ASA III: 68 (17.43%). Tipo Anestesia: Local y sedación 352 (90.25%); Raquídea 37 (9.48%); General 1 (0.25%). Tipo de hernia: Directas 199 (51.02%) Indirectas 191 (48.97%). Composición malla: material absorbible 358 (91.79%) / irreabsorbible 32 (8.20%). Complicaciones postoperatorias: seroma / hematoma herida 5 (1.28%); infección sitio quirúrgico 3 (0.76%). Altas: CMA: 381 (97.69%); Alta Diferida <24 horas: 7 (1.79 %); Alta Diferida > 24 horas: 1 (0.25%); Indeterminada: 1 (0.25%). Pacientes con

alta tras 24 horas: 6 anestesia local sedación (1.53%) 2 anestesia raquídea o general (5.40%). Reingreso: 1 paciente (0.25%). Revisión a 4 años: 14 (3.6%) no localizados. 376 (96.4%) controlados telefónicamente. 361 (96%) asintomáticos. Dolor esporádico en área intervenida 15 (3.9%) pacientes. Recidivas clínicas: 6 (1.59%).

Conclusiones: La cirugía sin ingreso con anestesia local mas sedación debe ser la primera opción terapéutica para el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales, tras adecuada selección. Las técnicas preperitoneales con malla preformada por su sencillez, rapidez y excelentes resultados son consideradas como procedimientos de elección. La implantación de materiales de baja densidad ha permitido mejorar resultados en cuanto a confort postoperatorio sin aumentar la tasa de recidiva.

Endometriosis en una hernia inguino crural

Andrea Vílchez; María Jesús Álvarez; Javier Valdivia, Javier Valdivia, Ana García, Manuel Segura, Francisco González, Ana Belén Bustos, José Antonio Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hernia inguinal, es una patología mirada en menos por los cirujanos a pesar de su alta prevalencia. En el mundo se operan 20.000.000 de hernias representando gran parte de las intervenciones de la cirugía general. Se presenta con mayor frecuencia en hombres (9:1), antes del año de edad y después de los 55 años.

Materiales y métodos: Mujer de 44 años de edad con antecedentes de insuficiencia aórtica severa secundaria a valvuloplastia aórtica por estenosis de la misma al nacimiento, endometriosis, anexectomía izquierda más resección cuneiforme de ovario derecho por tumoración ecográfica sospechosa que la anatomía patológica evidenció como endometriosis. Acude a nuestras consultas por molestias inguinales derechas de 6 meses de evolución con presencia de bultoma a ese nivel que se reduce de forma espontánea, y protruye al hacer maniobras de valsalva. Nunca se ha complicado. A la exploración en decúbito y de pie se aprecia a nivel inguinal derecho tumoración de mediano tamaño al aumentar la presión intraabdominal, que se reduce de forma espontánea, por lo que se decide su intervención de forma programada, realizándosele incisión sobre región inguinal identificando adenopatías que se extirpan, apertura de aponeurosis del oblicuo mayor identificando una persistencia del conducto peritoneo vaginal con una tumoración de 1 por 1,5 centímetros en su extremo distal que se extirpa, mínimo defecto a nivel de anillo inguinal profundo que se repara mediante plug de polipropileno y malla. La anatomía patológica posterior evidenció los ganglios extirpados como linfadenitis reactiva y la tumoración extirpada como pared fibrosa con focos de endometriosis.

Resultados: La paciente evolucionó de forma satisfactoria con buena tolerancia y sin complicaciones inmediatas por lo que se dio de alta a las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

Conclusiones: La endometriosis se define como la presencia de implantaciones de tejido endometrial fuera del útero sin que haya habido previamente traumatismo o intervención quirúrgica previa sobre el área genital o pélvica. Las zonas más

frecuentes de asentamiento son los ovarios, superficie uterina, ligamento ancho, peritoneo parietal, serosa y mesenterio del íleon, sigma y apéndice. En la región inguinal suele progresar a través del ligamento redondo, siendo en un 90% de los casos en el lado derecho. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo entre otras patologías con el lipoma inguinal, quiste de Nuck, metástasis, granulomas, abscesos del psoas, o adenopatías. Para su diagnóstico preoperatorio ante la sospecha de dicha entidad nos basamos en pruebas de imagen como la tomografía computarizada, la ecografía o la resonancia magnética, siendo ésta última la que mejor distingue entre los distintos diagnósticos diferenciales. Para su tratamiento en caso de confirmación preoperatoria contamos con la posibilidad de fármacos de supresión hormonal como los anticonceptivos orales, progestágenos, danazol o análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, pero al presentarse como una hernia inguinal y no establecerse el diagnóstico de endometriosis previa a la cirugía, es ésta una buena elección terapéutica por cualquiera de los abordajes conocidos.

Empleo de adhesivos tisulares para la fijación de la malla quirúrgica en la hernioplastia inguinal.

Navas Cuéllar, JA; Tamayo López, MJ; Tallón Aguilar, L; Molina García, D; Gómez Cabeza de Vaca, V; Martín Cartes, JA; Bustos González, M; Docobo Durantez, F; Padillo Ruiz, FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Hospital Infanta Elena, Huelva. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es comparar el uso de los adhesivos tisulares (cianoacrilato), usados como cola quirúrgica, como método de fijación de la malla quirúrgica en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria, comparándolo con el uso de sutura convencional. La hipótesis a estudio es que los adhesivos tisulares, como método de fijación de la malla quirúrgica en el tratamiento de la hernia inguinal primaria, tienen al menos la misma eficacia y seguridad que la sutura quirúrgica clásica, aportando como gran ventaja su facilidad y rapidez de uso durante el acto quirúrgico.

Material y Métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo con carácter prospectivo de pacientes intervenidos de hernia inguinal durante el periodo Junio 2007 - Octubre 2009 basándonos en el método de fijación de la malla para dividirlos en dos grupos de 50 pacientes cada uno.

Los adhesivos tisulares empleados son glubran® y microbond®, compuestos ambos por diferentes monómeros del cianoacrilato.

Los criterios de exclusión son hernia no inguinal, femoral, recidivada o complicada, mayores de edad, que el paciente cumpla criterios de CMA o seguimiento inferior a los 18 meses.

Las variables a estudio son epidemiológicas (edad, sexo, lateralidad de la hernia, ASA), quirúrgicas (tipo de malla, tipo de fijación, tiempo quirúrgico, tipo de anestesia, tiempo anestésico) y postquirúrgicas, siendo analizadas en 3 tiempos: a corto plazo (estancia postquirúrgica), a medio plazo (revisión clínica en consulta entre 1 y 12 meses) y a largo plazo (entrevista telefónica con seguimiento no inferior a 18 meses).

Resultados: Hemos analizado 100 pacientes (90% varones), con edades comprendidas entre los 19 y los 85 años (media 63 años). La mayoría de los pacientes son del grupo ASA III (46%) y el 58% de los casos son hernias inguinales derechas.

La malla más empleada en ambos grupos es la PHS (83%), con un 50% de fijación con adhesivo y sutura respectivamente. El tiempo quirúrgico medio es 36161 minutos (306 cianoacrilato Vs 40 sutura; $p < 0,05$) y el tiempo anestésico medio 54064 (456 Vs 55 ; $p < 0,05$).

El seguimiento medio es de 30 meses. A corto plazo, no existen diferencias en cuanto a estancia postoperatoria y dolor postquirúrgico, pero sí en la aparición de hematoma/equimosis de la región inguinoescrotal ($p < 0,0005$), siendo más frecuente en los pacientes en los que se emplea cianoacrilato. A medio y largo plazo, sólo existen diferencias a nivel de la existencia de tumoración inguinal sin recidiva herniaria, siendo ésta más frecuente en el grupo del cianoacrilato. En el resto de complicaciones (dolor crónico, recidiva herniaria) no se han visto diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El empleo del cianoacrilato como método de fijación de la malla quirúrgica en la reparación de la hernia inguinal primaria nos permite disminuir de forma significativa los tiempos quirúrgicos y anestésicos, alcanzando unos estándares de eficacia y seguridad. A corto plazo, sólo hemos encontrado diferencias en la aparición hematoma/equimosis, probablemente en relación con una disección más exhaustiva del campo quirúrgico para una exposición más adecuada, previo a colocación de la malla y el adhesivo. A largo plazo, no existen diferencias en cuanto a la aparición de recidiva herniaria, aspecto más controvertido de este tipo de fijación. Por el contrario, los pacientes presentan con más frecuencia una tumoración inguinal, sin tener argumentos que justifiquen dicho problema.

Uso de la Terapia VAC® en paciente con fascitis necrotizante de pared abdominal

José Rivas Becerra, Dr. Fco Javier León Díaz, Dra. Fabiola Lucena Navarro, Dr. Isaac Cabrera Serna, Dra. Inmaculada Cañizo Rincón, Dra. Rocio Maiquez Abril, Dra. Rocio Soler Humanes, Dra. Elena Sanchiz Cárdenas, Dr. Luis Ocaña Wilhelmi.

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. Málaga

Introducción: La fascitis necrotizante es definida como una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica.

Son muchos los microorganismos que aparecen en la infección polimicrobiana que causa las fascitis necrotizantes, cocos Gram positivos y bacilos Gram negativos, aeróbicos y anaeróbicos. Con especial frecuencia se aíslan estreptococos y estafilococos, bacterias entéricas Gram negativas (enterococos) y bacteroides; también se han reportado infecciones por especies de vibrios marinos. Las fascitis necrotizantes se desarrollan como consecuencia de la infección por una amplia variedad de organismos que ejercen una acción sinérgica de gran virulencia.

La mortalidad de las infecciones necrotizantes sigue siendo elevada, a pesar de los avances en antibioticoterapia.

El proceso de infección necrotizante puede presentarse en cualquier grupo de edad. Sorprendentemente, en ocasiones puede ser el resultado de trauma menor, tal como excoりaciones o abrasiones mínimas, picaduras de insectos, de la aplicación de inyecciones o de trauma no penetrante. Es frecuente en drogadictos que utilizan jeringas infectadas.

La edad avanzada, la obesidad, la insuficiencia vascular, las neoplasias malignas, las quemaduras, la inmunodepresión, favorecen el desarrollo del síndrome.

El fenómeno patológico típico en este síndrome es la severa y extensa necrosis de la fascia superficial y de los tejidos blandos, con progresiva excavación subcutánea, mientras la piel aparece preservada. Hay edema, pero es característica la ausencia de linfangitis y linfadenitis. La presencia de gas en los tejidos puede ser detectada por crepitación, que está presente en 25% de los casos, y también en radiografías de los tejidos blandos, lo cual ocurre en 90% de los casos.

El diagnóstico precoz, que permite el tratamiento urgente e inmediato, es la clave para lograr la supervivencia, pero puede ser engañoso en las primeras fases del proceso por la apariencia bastante normal de la piel. Un alto índice de sospecha y la presencia de gas, así como la exploración del espacio subcutáneo erodado con un instrumento, el cual se desliza bajo la piel sin causar dolor, ayudan a establecer el diagnóstico de la fascitis necrotizante. Los tejidos necróticos, exudados y líquidos aspirados de la región afectada deben ser sometidos de inmediato a coloración con Gram y cultivos aerobios y anaerobios.

Caso Clínico: Paciente de 63 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, obeso mórbido, hipertenso e hipotiroideo. Intervenido de hernia inguinoescrotal gigante y hernia abdominal, ésta última en 16 ocasiones. Colelitiasis. En tratamiento con Pritor® y Eutirox®. Acude a urgencias por dolor abdominal en mesogastrio, náuseas, gran distensión abdominal y en los últimos días dificultad para ventosear.

Exploración: Paciente consciente, orientado con buen estado general. Auscultación cardiaca normal. Auscultación respiratoria: rítmico sin soplos y sin latidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, distendido, timpánico, ligeramente doloroso, no defensa ni peritonismo, peristaltismo de lucha. Múltiples cicatrices de laparotomías. Hernia laparotómica subcostal derecha y media.

Estudio preoperatorio:

Análítica de sangre: leucocitosis con desviación izquierda.

Rx abdomen: ligera distensión de asas de delgado.

Rx tórax: dentro de la normalidad.

TAC abdomen: hernia de hiato, 2 hernias en pared abdominal anterior localizadas en tercio superior de abdomen, una de ellas de contenido graso, y la otra conteniendo asa de intestino delgado que produce la obstrucción intestinal con signos de sufrimiento de asas.

Intervención:

Bajo anestesia general se realiza laparotomía subcostal derecha, apreciándose asa de delgado tremendamente dilatada y adherida a la hernia laparotómica que es la causante de la obstrucción. Múltiples adherencias a malla de polipropileno entre asas. Se realiza adhesiolisis y resección de segmento intestinal afecto. Anastomosis latero-lateral con GIA 60. Se

amplia incisión por laparotomía media para realizar adhesiolisis y reparación de varias hernias laparotómicas. Se procede a colecistectomía reglada. Lavado de cavidad abdominal. Se coloca drenaje tipo penrose en zona de anastomosis. Cierre en monoplaneo de laparotomía media y subcostal derecha con Maxon loop®. Piel con sutura metálica.

Evolución: En el postoperatorio inmediato el paciente sufrió infección de la herida quirúrgica con abundante secreción purulenta y pequeña fuga de la anastomosis autolimitada. Se instauró nutrición parenteral y antibioticoterapia de amplio espectro.

La infección de la pared abdominal evolucionó negativamente provocando una fascitis necrotizante que precisó nueva intervención quirúrgica para el desbridamiento del tejido celular subcutáneo, fascia muscular y resección de piel necrótica. Dada la pérdida de pared abdominal se optó con cubrir el defecto con el apósito intrabdominal de la Terapia VAC® (sistema de cicatrización asistido por vacío PVacuum-Assisted Closure, VACV) y antibioticoterapia de amplio espectro.

En el cultivo microbiológico extraído en la reintervención crecieron *Enterococcus faecalis*, *Morganella morganii* y *Bacteroides* sp.

A las 48 h del funcionamiento de la Terapia VAC®, se observa mejoría clínica de la herida desde el primer cambio de apósito al percibir mayor tejido de granulación, y ostensible mejoría de la infección, obteniéndose 500 ml de líquido seroso sucio. Se realiza cura de herida con suero betadinado y agua oxigenada y se coloca de nuevo el sistema VAC® con presión negativa de 125 mmHg.

El procedimiento se realiza en la planta, aplicando únicamente analgesia y ayudado por el personal de enfermería.

Durante la estancia hospitalaria, se realizaron curas cada 48 horas a lo largo de 30 días, sustituyendo los apósitos de la Terapia VAC® y utilizando progresivamente apósitos de menor tamaño hasta conseguir eliminar la infección y reducir el tamaño de la herida quirúrgica, para posteriormente efectuar curas planas,

Desde la colocación de la Terapia VAC®, el paciente restableció su tránsito intestinal, se controló la infección de herida quirúrgica y estimuló al paciente a deambular por la planta lo que positivó su actitud ante la buena evolución que él mismo manifestaba.

En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, asistiendo al cuarto de curas, para conseguir la perfecta reepitelización de la pared abdominal.

Discusión: La clave para la supervivencia de un paciente afectado con fascitis necrotizante es el tratamiento quirúrgico inmediato y agresivo, el cual consiste en la resección o desbridación amplia y completa de todos los tejidos afectados.

El tratamiento quirúrgico radical y de emergencia debe ser realizado sin consideraciones estéticas, por cuanto se trata de un problema de vida o muerte.

Es imperativo el cubrimiento antibiótico de amplio espectro desde el comienzo, pero bajo la guía preliminar del examen bacteriológico mediante coloración con Gram.

Después de la desbridación radical inicial, el paciente es mantenido bajo completa monitorización y soporte fisiológico y metabólico, y es llevado a las salas de cirugía para una revisión programada (second look) a las 24 horas, y luego para

desbridaciones secuenciales bajo anestesia general, con el fin de detectar y eliminar focos residuales que puedan reiniciar el proceso. Una vez que el proceso de necrosis progresiva ha sido controlado, el paciente puede ser sometido a curaciones en las salas de hospitalización, hasta lograr la cicatrización espontánea o preparar el terreno para injertos u otros procedimientos de reconstrucción.

La terapia VAC® para el tratamiento de estas heridas tan complejas es efectivo para remover el exceso de fluido, controlar el desarrollo de bacterias y romper los factores inhibitorios de la cicatrización. Favorece la limpieza de la herida y la neovascularización, promoviendo la granulación y cierre en las heridas. Actúa como distractor tisular y se basa en la movilización, transporte y fijación de las células, con lo que permite el avance de los bordes para un cierre quirúrgico sin tensión. Demuestra también que es factible realizar el procedimiento en habitación del paciente sólo con analgesia y facilita la movilización temprana, lo que aumenta el confort, disminuye costos y hospitalización.

Hernia de Littre

Andrea Vilchez; María Jesús Álvarez; Javier Valdivia García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hernia crural es toda hernia que se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopúbica de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio miopectíneo de fruchaud y cuyo saco se exterioriza en la región femoral; no es tan frecuente como la inguinal, pero sin embargo el riesgo de complicaciones en este tipo de hernias es mayor por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser realizado lo mas precozmente posible. Este tipo de hernias son más frecuentes en el lado derecho, 4? 5 veces mas que en los hombres y sobre todo en múltiparas. El 50% de los casos los encontramos en menores de 10 años, por lo que puede ser un caso de interés didáctico

Materiales y métodos: Varón de 87 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica secundaria a hipertrofia benigna de próstata, adenomectomía prostática en octubre de 2002, ex fumador y enolismo. Acude a Urgencias por tercera vez por tumoración inguinal derecha encarcerada, resolviéndose el cuadro en dos ocasiones por nuestra parte mediante maniobras de taxis, siendo imposible en esta tercera ocasión por lo que se decidió su intervención con carácter urgente, donde se realiza apertura de saco herniario a nivel de anillo crural identificando íleon a cuyo nivel hay un divertículo de Meckel y hematoma en mesenterio adyacente pero con viabilidad del asa. Se realiza resección del divertículo con GIA 45 azul y reintroducción del contenido en la cavidad peritoneal, posteriormente cierre por planos.

Resultados: El paciente evolucionó de forma satisfactoria con buena tolerancia y sin complicaciones inmediatas post quirúrgicas, siendo dado de alta a las 72 horas de la intervención.

Conclusiones: El divertículo de Meckel, es una anomalía congénita por una incompleta obliteración de la porción proximal del conducto onfalomesentérico, con una incidencia

que varía del 1 a 4%. Su localización más frecuente es la inguinal (50%), aunque también podemos encontrarlo umbilical (20%) y femoral (20%), presenta mucosa heterotópica en el 50% de los casos, donde lo más frecuente es que sea gástrica. La mayoría de los divertículos de Meckel son asintomáticos, solo un 4% presentan complicaciones a lo largo de la vida, incidencia que disminuye con la edad hasta llegar a cero, siendo las complicaciones más frecuentes la obstrucción intestinal, diverticulitis, hemorragia digestiva baja, perforación, fistulas vésico-diverticulares y neoplasias. Para su diagnóstico preoperatorio, ante su sospecha la tomografía computarizada es la prueba de elección. La cirugía es el tratamiento idóneo tanto en el divertículo de Meckel como en la hernia urgente o electiva donde es imprescindible realizar la cirugía del divertículo si se encuentra.

Uso paliativo de la terapia de presión negativa

Alberto Titos García, Manolo Ruiz López, Santiago Mera Velasco, Ivan González Poveda, Joaquín Carrasco Campos, Jose Antonio Toval Mata, Tatiana Prieto-Puga, Beatriz García Albiach, Julio Santoyo Santoyo

H.R.U. Carlos Haya (Málaga). Málaga

Introducción: Debido al uso cada vez más extendido de la terapia con presión negativa, cada día son más las situaciones en las que podemos obtener beneficio con su aplicación, con unos resultados que podemos considerar aceptables, incluso fuera de las indicaciones clásicas de las casas comerciales. Presentamos un caso en el que la aplicación de la terapia se hace con intención únicamente paliativa.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años intervenido por el servicio de cirugía vascular para recambio de una prótesis colocada sobre un aneurisma aórtico. En el postoperatorio inmediato presenta shock séptico, apreciándose ya fístula biliar por la herida laparotómica. Se reinterviene y el hallazgo es una perforación del primer asa yeyunal muy cercano al ángulo de Treitz. Se realiza técnica de exclusión duodenal. Tras la cirugía mantiene el shock séptico que se hace refractario a tratamiento, desarrolla una dehiscencia precoz de la laparotomía y exterioriza una fístula estercorácea en el laparostoma de muy alto débito. Dada la situación de inestabilidad generalizada, y que la herida requería continuos cambios de apósito, se decide colocar un sistema de presión negativa como tratamiento paliativo de la situación catastrófica de la pared. En el fondo de la herida colocamos una esponja de polivinilo (blanca) para protección de las asas, dejando un orificio para que el contenido intestinal no se acumule bajo la esponja. Sobre la anterior colocamos una esponja de poliuretano (negra) con el mismo orificio pero un poco mayor al anterior con idea de poder crear vacío directamente sobre la esponja blanca. Una vez hecho el vacío, perforamos el plástico sobre el orificio y sobre él colocamos una bolsa de ileostomía de una sola pieza y con grifo, de forma que no perdiera vacío. Con dicho sistema, logramos mantener la herida limpia y el sistema colector funcionó hasta las 72 horas en las que el paciente falleció.

Conclusiones: El uso de este tipo de terapia en situaciones terminales está poco descrito en la literatura (la metabúsqueda realizada en las principales bases de datos sólo refleja 2 artículos cruzando negative pressure therapy y palliative care).

Pensamos que la terapia con presión negativa tiene un sitio importante en estas situaciones aportando confort al enfermo, una mejor percepción del cuidado del enfermo a la familia y un apoyo inestimable a los profesionales que tratan con dichos enfermos

Endometriosis en una hernia umbilical

Bustos Merlo, Ana Belén; Valdivia Risco, Javier; Alvarez Martín, María, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La endometriosis se define como la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Se presenta con mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida; descubriéndose casualmente durante la cirugía en un 20% de todas las operaciones ginecológicas. Suele afectar a fondo de saco posterior y ovarios, aunque también puede sobrevenir en órganos situados a distancia de la pelvis como pulmón o cicatrices a nivel umbilical. La localización umbilical es una forma de presentación infrecuente con una incidencia estimada del 0.5-1 % de todas las pacientes con ectopia endometrial.

Material y método: Mujer de 54 años con antecedentes personales de apendicectomía, colecistectomía, tumorectomía de mama, conización por cáncer de cerviz diez años antes y en lista de espera para cirugía de hernia umbilical.

Acude a Urgencias por cuadro de náuseas y dolor abdominal intenso a nivel umbilical. A la exploración, palpación de tumoración dura, dolorosa y no reducible a nivel umbilical. La analítica sin alteraciones y la radiografía simple de abdomen era totalmente anodina. Con el diagnóstico de hernia umbilical incarcerada se intervino de Urgencias, realizándose incisión en torno a la tumoración que se hallaba a nivel supra aponeurótico, de consistencia sólida y tamaño de 6x5cm sin evidenciarse presencia de hernia a ese nivel. Se procedió a la extirpación completa de la tumoración con márgenes y exploración de la cavidad abdominal; hallándose una masa parauterino-cervical derecha que impresionaba de mioma procediéndose a su extirpación.

La anatomía patológica informó de la presencia de endometriosis subcutánea a nivel umbilical y leiomioma uterino.

Resultados: Evolución postoperatoria favorable; procediéndose al alta a las 72 horas de estancia hospitalaria. Revisión posterior en Consultas de Ginecología y Consultas de Cirugía General.

Conclusión: La endometriosis afecta al 8-15% de las mujeres en edad fértil, siendo una enfermedad rara después de la menopausia. Su localización más frecuente es intrapélvica, hallándose también formas extraperitoneales aunque con mucha menor frecuencia.

Ante el hallazgo de una endometriosis cutánea es necesario investigar la posibilidad de endometriosis genital-pélvica coexistente.

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico y citológico del material obtenido. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con granulomas, neuromas, linfadenopatías, abscesos, hernias o eventraciones, neoplasias, hematomas o quistes sebáceos. El tratamiento de elección de la endometriosis subcutánea es la extirpación completa, siendo la recidiva local una complicación infrecuente.

Hernia de Littre, enfoque y diagnóstico

Vilchez Ravelo, Andrea; Valdivia Risco, Javier; Alvarez Martín, María Jesús, Ana García, Manuel Segura, Francisco González, Ana Belén Bustos, José Antonio Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La hernia crural es toda hernia que se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio miopectíneo de Fruchaud y cuyo saco se exterioriza en la región femoral; no es tan frecuente como la inguinal, pero sin embargo el riesgo de complicaciones en este tipo de hernias es mayor por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser realizado lo más precozmente posible. Este tipo de hernias son más frecuentes en el lado derecho, 4 o 5 veces más que en los hombres y sobre todo en múltiparas. El 50% de los casos los encontramos en menores de 10 años, por lo que puede ser un caso de interés didáctico

Materiales y métodos: Varón de 87 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica secundaria a hipertrofia benigna de próstata, adenomectomía prostática en octubre de 2002, ex fumador y enolismo. Acude a Urgencias por tercera vez por tumoración inguinal derecha incarcerada, resolviéndose el cuadro en dos ocasiones por nuestra parte mediante maniobras de taxis, siendo imposible en esta tercera ocasión por lo que se decidió su intervención con carácter urgente, donde se realiza apertura de saco herniario a nivel de anillo crural identificando íleon a cuyo nivel hay un divertículo de Meckel y hematoma en mesenterio adyacente pero con viabilidad del asa. Se realiza resección del divertículo con GIA 45 azul y reintroducción del contenido en la cavidad peritoneal, posteriormente cierre por planos.

Resultados: El paciente evolucionó de forma satisfactoria con buena tolerancia y sin complicaciones inmediatas postquirúrgicas, siendo dado de alta a las 72 horas de la intervención.

Conclusiones: El divertículo de Meckel, es una anomalía congénita por una incompleta obliteración de la porción proximal del conducto onfalomesentérico, con una incidencia que varía del 1 a 4%. Su localización más frecuente es la inguinal (50%), aunque también podemos encontrarlo umbilical (20%) y femoral (20%), presenta mucosa heterotópica en el 50% de los casos, donde lo más frecuente es que sea gástrica. La mayoría de los divertículos de Meckel son asintomáticos, solo un 4% presentan complicaciones a lo largo de la vida, incidencia que disminuye con la edad hasta llegar a cero, siendo las complicaciones más frecuentes la obstrucción intestinal, diverticulitis, hemorragia digestiva baja, perforación, fístulas vesíco-diverticulares y neoplasias. Para su diagnóstico preoperatorio, ante su sospecha la tomografía computarizada es la prueba de elección. La cirugía es el tratamiento idóneo tanto en el divertículo de Meckel como en la hernia urgente o electiva donde es imprescindible realizar la cirugía del divertículo si se encuentra.

Quiste de inclusión tardía como consecuencia de una eventroplastia infraumbilical

Valdivia Risco Javier; Alvarez Martín María Jesús; Bustos Merlo, Ana Belén, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentar un caso inusual de gran quiste de inclusión epidérmica como complicación tardía de una eventroplastia infraumbilical en la que se empleó, hace 27 años, un auto injerto cutáneo libre para reparar el defecto aponeurótico.

Material y métodos: Paciente de 63 años con antecedentes personales de Obesidad mórbida, HTA, Diabetes Mellitus II, Quistes renales, Artroplastia de rodilla derecha, Cesárea hace 28 años y Eventroplastia infraumbilical hace 27 años, con colocación de un auto injerto cutáneo para reparación del defecto aponeurótico. Tras realizarse una ECO y TAC Abdominal dentro de un estudio endocrinológico por su DM se le detecta accidentalmente a nivel del tejido celular subcutáneo, profundo, en margen anterior a musculatura de los rectos abdominales, una formación hipodensa de unos 8x3cm de diámetros mayores que podría ser secundaria a cirugía previa, sin poder descartar con total certeza otras posibilidades. Ante el diagnóstico de presunción de seroma residual, se decide realizar punción percutánea bajo control TAC, extrayéndose material espeso blanquecino difícil de aspirar. Se envió muestra para microbiología, en la que no se aisló ningún germen, y citología siendo el frotis acelular. Ante este hallazgo y el deseo expreso de la paciente se realiza intervención quirúrgica. Durante la misma, se comprobó se trataba de una tumoración quística subcutánea, bien delimitada, de consistencia elástica y de un tamaño aproximado de 8x5x4 cm que se origina en el injerto cutáneo, el cual estaba totalmente integrado en la pared. Se realizó extirpación completa de la misma y apertura posterior comprobando estaba llena de material de aspecto sebáceo. El estudio Anatómo patológico informó de quiste de inclusión epidérmica.

Resultados: El postoperatorio evoluciona de forma adecuada con buena cicatrización de la herida y sin evidencia de recidiva a los 9 meses de la intervención.

Conclusiones: Aunque en los últimos 20 años hemos asistido a un espectacular cambio en la cirugía de la pared abdominal, produciéndose un giro desde los planteamientos clásicos de la reparación mediante el uso de los propios tejidos del paciente, como en nuestro caso su piel, hacia el empleo de materiales protésicos, hoy día, aún, podemos encontrarnos ante pacientes con complicaciones derivadas del empleo de dichas técnicas, ya en desuso. La historia clínica y la TAC abdominal son de gran ayuda en el diagnóstico aunque este solo se puede establecer de forma definitiva tras el estudio patológico de la pieza quirúrgica

Cierre de la pared abdominal asistido por un implante permanente de colágeno porcino en un trasplante hepático con alto riesgo de desarrollo de hipertensión intra-abdominal.

González Sánchez AJ, Suárez Muñoz MA, Montiel Casado C, Aranda Narváez J, Fernández Aguilar JL, Sánchez Pérez B, Pérez Daga JA, Santoyo Santoyo J.

UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplante. HRU Carlos Haya. Málaga

Introducción: El trasplante ortotópico hepático es el tratamiento de elección de la enfermedad hepática terminal. El aumento progresivo en el número de indicaciones ha llevado a una carencia en el número de injertos disponibles. En este escenario, puede ocurrir una discordancia entre el tamaño del receptor y del injerto que pueda conducir hacia el desarrollo de hipertensión intra-abdominal (HIA) y síndrome compartimental abdominal (SCA).

Objetivo: Presentar una técnica de cierre de la pared abdominal que previene la aparición de HIA/SCA en situaciones de gran discordancia de tamaño entre el injerto hepático y el receptor.

Método: Se realizó un trasplante hepático de donante en muerte cerebral a un receptor varón de 56 años con cirrosis hepática por infección por virus de hepatitis C, hepatocarcinoma y función renal normal. Durante el procedimiento fue necesario realizar una resección diafragmática parcial por infiltración local del tumor. Se observó una gran discordancia entre el tamaño de la fosa subdiafragmática derecha y el tamaño del injerto, que conducía al cierre de la pared abdominal con alto riesgo de desarrollo de HIA.

Para prevenir el desarrollo de HIA/SCA se suturó a ambos labios de la laparotomía subcostal realizada un implante permanente de colágeno porcino (IPCP) (Permacol TM; Covidien), que fue cubierto con dos colgajos cutáneos.

La presión intra-abdominal (PIA) medida al llegar a la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 20 mm de Hg. Los tests de función hepática (TFH) realizados a las 8 hrs mostraron incremento en los niveles de AST/ALT (8326 U/L-2496 U/L) con un factor V en parámetros habituales (46,1 %). Los tests de función renal (TFR) revelaron un nivel de creatinina inicial de 1,6 mg/dcl. No fueron necesarios vasopresores. Debido a la normalidad de los parámetros de síntesis de desestimó la realización de medidas más agresivas pero se inició tratamiento deplectivo agresivo y con procinéticos, evitando el empleo de procinéticos para prevenir el empeoramiento de la función renal. Durante los siguientes días, la PIA fue disminuyendo y los TFH y TFR fueron mejorando. El paciente pudo ser dado de alta en el día +10 de postoperatorio con normalidad de ambos tests.

Discusión: A pesar de los avances en el conocimiento del posible efecto deletéreo que el desarrollo de HIA puede tener, se ha prestado poca atención de su papel en la evolución del trasplante hepático. El desarrollo de HIA/SCA es multifactorial, pero una gran discordancia entre el tamaño del injerto y del receptor puede conducir a su desarrollo. La falta de donantes conduce hacia la dificultad de adecuar las características del injerto con las del receptor, y en estas situaciones es necesario identificar aquellas situaciones con elevado ries-

go de sufrir HIA. Cuando se sospecha durante la cirugía, el cierre de la pared abdominal asistido por IPCP puede evitar su desarrollo.

Apendicitis en Hernia Inguinal Incarcerada: Hernia de Amyand

Alejandro J. Pérez Alonso; Ana Belen Fajardo; Victor Manuel Ruiz Garcia; Carlos del Olmo Rivas; Francisco Garcia Padiál; Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital San Cecilio. Granada

Introducción: La presencia de una apendicitis aguda en el interior de la hernia inguinoescrotal es infrecuente, y suele ser diagnosticada ante la presencia de una hernia Incarcerada. Su diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, siendo por norma general un diagnóstico intraoperatorio.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años, con dolor abdominal de 12 horas de evolución localizado en FID, acompañado de vómitos y astenia, junto con hernia inguinoescrotal no reductible, dolorosa a la palpación. El análisis sanguíneo mostro una leucocitosis de 13.000 leuc/mm³, con neutrofilia del 89%. Ante la sospecha de hernia inguinal Incarcerada se decide realizar intervención quirúrgica mediante abordaje inguinal por incisión de Greigore.

Resultados: Durante la liberación del saco herniario y comprobación de la viabilidad de su contenido se descubre la presencia de un proceso apendicular en su seno, realizándose apendicetomía a través del abordaje inguinal según técnica habitual. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta el paciente al 3 día hospitalario.

Conclusiones: La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal Incarcerada es rara. Una revisión a la bibliografía muestra el hallazgo de 60 casos de apendicitis aguda en hernias de Amyand, ocurridas en adultos. De todos estos casos solamente uno se estableció con diagnóstico preoperatorio correcto. La totalidad de los pacientes pertenecía al sexo masculino. Esta asociación es frecuente en las edades extremas de la vida: niños y ancianos. El interrogatorio y examen físico del paciente usualmente derivan en diagnóstico de hernia inguinal Incarcerada o estrangulada y peritonitis local. Se recoge igualmente en la literatura revisada que los pródromos son los típicos de la apendicitis con dolor epigástrico, localizado en la fosa iliaca derecha y saco herniario Incarcerada. De igual modo muchos autores enfatizan que el dolor de la apendicitis herniada tiende a ser de tipo cólico, que se exagera en episodios y que contrasta con el dolor sordo y constante propio del intestino estrangulado. La presencia de leucocitosis no es frecuente. Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de la existencia de esta patología y sospechar su presencia en caso de una hernia inguinal derecha estrangulada, que presenta signos de peritonitis local y sin signos radiológicos ni clínicos de obstrucción intestinal.

Hernia de Garengéot, enfoque diagnóstico y terapéutico

Valdivia Risco, Javier; Alvarez Martín, María Jesús; Bustos Merlo Ana Belén, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La presencia del apéndice dentro de una hernia crural, es un hallazgo inusual en la cirugía, siendo su incidencia del 0.8% al 1% de todas las hernias crurales. Se describió por primera vez en 1731 por el cirujano francés René Jacques Corissant de Garengéot. Un promedio de 80 casos han sido reportados en la literatura hasta el momento actual, siendo menos frecuente aún encontrar una apendicitis aguda dentro de una hernia crural. La incidencia de la hernia de Garengéot es mayor en las mujeres en paralelo con la incidencia de las hernias crurales y el diagnóstico preoperatorio es muy difícil de hacer.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 80 años con antecedentes personales de EPOC, ACV hemorrágico, Hiperlipidemia, HTA, HBP, miocardiopatía dilatada, hemorroides y episodios previos de hernia crural derecha incarcerada que resolvía con tratamiento médico. Por este último motivo acude a nuestro Servicio, para ser intervenido de forma programada.

Resultados: Se inicia la intervención haciendo la incisión sobre la tumoración, que contenía tejido graso incarcerado con áreas de necrosis y que englobaba la punta del apéndice sin tener estas características inflamatorias. Tras abrir y aislar el saco se extirpa en bloque esa tumoración grasa junto con el apéndice, llegando a exteriorizar hasta la base del mismo. Posteriormente se liga el mesoapéndice y se secciona la base apendicular con EndoGIA blanco. Cierre de peritoneo y posterior colocación de plug de polipropileno en orificio crural. AP: Necrosis de tejido celular subcutáneo, apéndice dentro de límites normales. En el postoperatorio evoluciona de forma favorable, dándose de alta al tercer día.

Conclusiones: Este caso es interesante, para tener en mente este diagnóstico diferencial en el contenido de una hernia crural; ya que no es posible diagnosticar lo que no se sabe. Estos pacientes rara vez desarrollan signos de peritonitis, ya que el apéndice inflamado se aísla de la cavidad peritoneal por el cuello apretado del saco herniario. No hay un enfoque estándar para el tratamiento de las hernias de Garengéot, que van desde el drenaje inicial, luego la apendicectomía y por último la reparación de la hernia, como también una laparotomía media cuando no es posible llegar a la base apendicular o hacer una laparoscopia diagnóstica y terapéutica. Este mismo enfoque se puede hacer para la hernia de Amyand (apéndice en una hernia inguinal).

Manejo del abdomen abierto mediante el Sistema Ab-Thera. A propósito de un caso

J. Fernando Pérez, M.D. González Olid, S. Ordóñez,

Hospital del Poniente. Almería

Introducción: el síndrome compartimental abdominal sigue presentándose como una entidad de "fácil" diagnóstico y "difícil manejo" que obliga a un adecuado consenso entre cirujanos, anestesiólogos e intensivistas.

Material y métodos: presentamos el caso de un paciente afecto de una pancreatitis traumática secundaria a un traumatismo toracoabdominal por accidente de tráfico. En su evolución inmediata en UCI desarrolla síndrome compartimental abdominal que precisa de laparotomía iterativa evidenciando como causa del mismo una pancreatitis necrohemorrágica de posible origen traumático, no diagnosticada. Se decide realizar necrosectomía y cirugía por etapas intercalando entre los recambios un lavado continuo mediante para control del proceso inicial y técnica de laparostomía para tratar el síndrome del compartimento abdominal asociado mediante el sistema Ab-thera.

Resultados: el uso del sistema y el lavado por etapas han conseguido controlar el proceso, verificándose una mejoría clínica y hemodinámica del paciente en los posteriores controles realizados durante su ingreso en UCI.

Conclusiones: en nuestro caso el uso combinado del lavado por etapas y el sistema Ab-Thera junto con el drenaje de lavado nos ha permitido el manejo conjunto de este paciente observando una notable mejoría en el conjunto y minimizando los traslados a quirófano del paciente debido a la utilidad del sistema.

Obstrucción intestinal sobre trocar laparoscópico

Ruiz de Adana Garrido A., Moya Vazquez R., Sanchez Pascual A., Albert Vila A., Fuentes Martos R., Granda Paez R., Flores Arcas A., Gómez Arroyo A.

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Jaén

Introducción: La incidencia de eventraciones en el sitio de la incisión de un trocar de 10 o 12 mm en cirugía laparoscópica, es de 21 por 100,000 casos. En general, es aceptado que los trocáres de 5 mm no requieren el cierre porque la formación de hernia es poco frecuente, aunque ocasionalmente se han publicado algún caso.

Tonouchi et al. en 2004 clasifican estas hernias incisionales en tres grupos. En el primer grupo se incluirían las hernias de aparición precoz, en los primeros días postoperatorios, y que cursan habitualmente con clínica de obstrucción intestinal. Dentro de este se incluye un subgrupo de pacientes habitualmente con obesidad mórbida donde la laxitud del peritoneo predispone al desarrollo de una hernia de Richter, a pesar de un adecuado cierre fascial.

La hernia de Richter, es un tipo de hernia incarcerada que compromete el borde antimesentérico del intestino delgado y que causa la estrangulación de sólo esa parte de la circunferencia de la pared intestinal.

Materiales y métodos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 63 años, con antecedentes de hipotiroidismo, Diabetes tipo II, Obesidad (IMC > 30), HTA y Guillen Barré que se resolvió sin secuelas.

La paciente se intervino de forma programada de coledocistitis, realizándose una colecistectomía laparoscópica, sin incidencias. Reseñar que el abordaje laparoscópico se realiza mediante la colocación de 4 puertos, 2 de 10 mm (infraumbilical y epigástrico) y otros dos de 5 mm (fosa ilíaca derecha e hipocondrio derecho). El trocar umbilical no se cerró; el neumoperitoneo se realiza con aguja de Berres vía umbilical y

la vesícula biliar se extrajo con bolsa evacuatoria por el trocar epigástrico que se dilató y se cerró.

A las 24 horas comienza con vómitos y sangrado por el trocar umbilical, que se soluciona con compresión y antieméticos. A las 48 horas le sigue varios episodios diarreicos. Se inicia tolerancia, pero 48 horas más tarde se suspende por vómitos y distensión abdominal. La radiografía de abdomen mostraba dilatación de asas de delgado. La analítica una leucocitosis moderada. Se instaura una sonda nasogástrica que mejora a la enferma.

La ecografía de abdomen descarta la existencia de colecciones y confirma la dilatación de asas. En la zona del trocar umbilical se aprecia un asa que se introduce estando fija en dicha zona.

Resultados: Se indica intervención quirúrgica. Se abre el orificio umbilical encontrándose una hernia encarcerada por el borde antimesentérico que produce una obstrucción intestinal. Se realiza una quelotomía de la misma, liberándose dicha asa. Posteriormente se reintroduce la óptica del laparoscopio y se explora la cavidad abdominal, sin hallazgos reseñables y con buena recuperación del asa comprometida.

La paciente es dada de alta a las 48 horas sin más incidencias.

Conclusiones: En la prevención de estas hernias se sugiere que antes de la retirada del trocar conviene abrir la llave del mismo para evacuar el gas y evitar así la creación de vacío que al retirarlo pueda introducir intestino o epiplón dentro del orificio.

Retirar el trocar bajo control visual, evitando que se introduzca epiplón asas en el orificio.

Realizar sistemáticamente la sutura del orificio peritoneal y aponeurótico en los puertos de 10-12 mm.

Tumoración en pared abdominal como manifestación de perforación de colon por cuerpo extraño.

Calzado Baeza, S. Palomeque Jiménez, A. Reyes Moreno, M.

Hospital Genreal Básico Santa Ana (Motril). Granada

Introducción: Las perforaciones del intestino por cuerpo extraño son poco frecuentes, ya que la mayoría de las ingestas atraviesan satisfactoriamente todo el tracto gastrointestinal. Sin embargo, un 1% de los casos pueden causar complicaciones tales como cuadros de abdomen agudo por perforación intestinal, produciendo graves complicaciones e incluso la muerte.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Santa Ana de Motril.

Caso clínico: Varón de 69 años, con antecedentes de HTA y HBP, que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de 3 días de evolución, sin irradiación, sin otra clínica asociada. Exploración: abdomen blando, depresible, con dolor y defensa a la palpación selectiva de zona en epigastrio, donde presenta tumoración de consistencia dura. Analítica: hemograma normal, bioquímica sanguínea con una PCR de 15 mg/dL y una coagulación normal con un dímero-D 4.4 mg/dL. Ecografía/TAC abdominal: pseudotumoración situada en el espesor del omento mayor, con extensión hacia el mesocólon trans-

verso, centrada en la línea media, de límites moderadamente definidos, de morfología ovalada de unos 4 cms. máximo de diámetro, que en el estudio de TC presenta una densidad similar al tejido blando, con aumento de la densidad de la grasa circundante. Existe una imagen ecogénica lineal, que cruza la lesión de lado a lado, concluyendo en que los hallazgos son compatibles en primer lugar con infarto omental, sin poder descartar otras posibilidades.

Se decidió tratamiento conservador, dada la buena situación clínica y el diagnóstico radiológico. Al séptimo día de ingreso, tras la no mejoría clínica del paciente y la realización de TAC de control, en el que se evidencia la presencia de colección de mayor tamaño, se decide intervención quirúrgica laparoscópica, en la que se encuentra plastrón inflamatorio adherido a la pared abdominal anterior, que implica al colon transversal y epiplon, secundario a perforación de colon transversal por espina de pescado. Se realiza extracción del cuerpo extraño, que se encontraba libre en el plastrón inflamatorio, drenaje de absceso y revisión del colon, sin encontrar el punto de la perforación.

El postoperatorio cursó sin complicaciones y el paciente se dio de alta al segundo día postoperatorio con tratamiento antibiótico domiciliario.

Conclusiones:

La perforación intestinal secundaria a cuerpo extraño es poco frecuente y es producida generalmente por la ingesta, de forma involuntaria, durante las comidas, siendo los objetos mas frecuentes el bolo de carne en los países occidentales y la espina de pescado en los países orientales.

Las áreas más frecuentes de perforación por cuerpos extraños son la región ileocecal y el recto-sigma por el estrechamiento y la angulación del tracto digestivo, estando favorecido por zonas de adherencia, áreas con procesos diverticulares o anastomosis quirúrgicas. En nuestro caso, fue en colon transversal.

El tratamiento consiste, tras un diagnóstico preoperatorio correcto, en la cirugía y en tratamiento antibiótico.

Análisis del sistema VAC como método de cierre temporal del abdomen en el Síndrome Compartimental Abdominal: Experiencia clínica.

Juan Manuel Castillo Tuñón, Marina Infantes Ormad, Jose A. López Ruíz, Fernando Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Se entiende por Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) el aumento de la Presión Intraabdominal (PIA) por encima de 20 mmHg en tres medidas separadas entre 1 y 6 horas, con o sin presión de perfusión abdominal (PPA) menor de 60 mmHg y asociada al menos a una disfunción orgánica de nueva aparición. Se ha demostrado la relación existente entre el SCA y el aumento de la morbimortalidad en los pacientes que lo presentan, así como el importante papel que juega la cirugía descompresiva en estos casos.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia con el sistema VAC como método de cierre temporal de la pared abdominal tras la cirugía descompresiva.

Material y método: Descripción y análisis de tres casos clínicos en los que hemos empleado en sistema VAC en pa-

cientes que desarrollaron un SCA y requirieron cirugía descompresiva:

1º Caso: Paciente varón de 37 años que es intervenido de forma urgente por cuadro de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación gástrica prepilórica, realizándose cierre primario de la pared abdominal que resulta dificultoso.

El paciente pasa a URP tras la cirugía donde se objetiva PIA de 27 mmHg y disfunción multiorgánica, motivo por el cual se procede a descompresión abdominal y colocación del sistema VAC.

2º Caso: Paciente de 49 años que se interviene de forma urgente por presentar cuadro de obstrucción intestinal por bridas y tres bezoares en íleon medio. Tras la cirugía el paciente ingresa en UCI, donde desarrolla un SCA realizando descompresión de cavidad y aplicación del sistema VAC.

3º Caso: Paciente de 46 años intervenido de forma urgente por desarrollo de SCA en relación a sangrado intraperitoneal en el contexto de pancreatitis necrohemorrágica Grado E de Balthazar, realizando laparostomía con bolsa de Bogotá. El paciente ingresa en UCI donde presenta mala evolución clínica, motivo por el cual se decide cierre de laparostomía mediante sistema VAC.

Conclusiones: La cirugía descompresiva constituye la piedra angular en el tratamiento del SCA. El sistema VAC, como método de cierre temporal del abdomen mientras persisten las causas que provocan el SCA, es un sistema válido, seguro y eficaz que reduce la morbimortalidad en los pacientes que presentan esta patología.

Hernia Obturatriz Estrangulada, Causa Rara De Oclusión Intestinal

Luis Romero, Javier Ulecia, Antonio Álvarez, Francisco Rodríguez, Héctor Recio, Carmen Tejido, Jose Luis Fernández

Hospital SAS, La Linea de la Concepción. Cadiz

Introducción: discusión sobre la hernia obturatriz, una entidad excepcional y la mas infrecuente de todas las hernias de la pared abdominal (<1%). Su diagnóstico y tratamiento tardío le suponen una alta morbimortalidad.

Material y métodos: en nuestro caso una paciente de 84 años de edad, el diagnóstico fue intraoperatorio en el contexto de una oclusión intestinal de delgado porque la TAC estaba artefactada, pues tenia prótesis de cadera.

Resultados: fue intervenida quirúrgicamente de urgencias constándose una hernia obturatriz derecha estrangulada, sometida a laparotomía exploradora y resección segmentaria de intestino delgado y hernioplastia.

Conclusiones: la hernia obturatriz es más frecuentes en mujeres (9:1) de edad avanzada (8ª-9ª década de la vida), con escasa sintomatología, lo que retrasa el diagnóstico que generalmente es radiológico y el tratamiento quirúrgico suele ser de urgencias.

Eventración con pérdida de derecho de domicilio: técnica de Goñi Moreno

Reyes Díaz ML, Naranjo Fernández JR, Valera Sánchez Z, Domínguez Amodeo A, Navarrete de Cárcer E, Díaz Milanés JA, Mauricio Alvarado C, Martín Pérez B, Curado Soriano A, Ortega JM, Oliva Mompeán F.

Servicio de Cirugía. Unidad de Gestión. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Las eventraciones complejas entre ellas las que presentan “ pérdidas del derecho a domicilio “ suponen un gran reto para los cirujanos, para su resolución se han usado diferentes tipos de técnicas desde cierre simple hasta colgajos o prótesis, sin que exista aún consenso entre los facultativos, lo que sí está claro es que el cierre tiene que ser sin tensión, con este objetivo, aparte del de preparar el abdomen y disecar adherencia propuso en 1940 el Dr. Goñi Moreno su técnica de neumoperitoneo progresivo, lo que supuso un gran avance en este tipo de paciente, facilitando de forma considerable al cirujano su futura reparación, tal como vemos en el caso clínico que presentamos.

Caso Clínico: paciente de 41 años, con antecedentes de hipercolesterolemia, cuadros pseudo-obstructivos de repetición por eventración e intervención de cesárea, que en Enero del 2011 acude a urgencias por dolor abdominal de 24 h de evolución asociado a vómitos alimenticios y nauseas, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración se aprecia marcada distensión abdominal en probable relación con eventración encarada con “ pérdida de derecho al domicilio “. Se asume el paciente por el Servicio de Cirugía General, se pauta relajantes musculares, analgésicos y se deja en reposo alimenticio, tras lo cual se consigue reducir la eventración y la situación clínica de la paciente se resuelve; es dada de alta con citas programadas durante tres semanas para realización de neumoperitoneo progresivo (técnica de Goñi Moreno) con el fin de adaptar la cavidad peritoneal para la futura reparación. En Abril de este año se programa intervención quirúrgica realizándose eventroplastia con prótesis intraabdominal de PTFE (Dual Mesh), apreciándose resultados muy favorables.

Discusión: se puede definir la eventración como debilidad de las estructuras faciales y musculo-aponeuróticas de la pared abdominal que permiten la protusión de vísceras; dentro de la clasificación de eventraciones complejas nos referimos a las de gran tamaño , recidivada, la catastrófica y la que presenta “ pérdida de derecha a domicilio ” como en nuestro caso; esta última supone un gran problema puesto que las vísceras no pueden volver a la cavidad ya que se ha alterado la relación contenido – continente, antes de plantearse una intervención , lo más importante es preparar el abdomen para que el cierre sea efectivo, para ello el insuflar aire dentro de la cavidad se convierte en la primera opción, mientras más podamos introducir más facilitará la reconstrucción, controlando en cada momento las complicaciones que dicho procedimiento conlleva. Por otra parte el usar materiales protésicos ha sido tema de discusión en los últimos años siendo la tendencia actual su uso, ya que la bibliografía existente orienta a menor número de recidiva, aún así sigue siendo un tema de controversia entre los cirujanos.

Fascitis necrotizante: tratamiento con terapia VAC

Vecino Bueno C, ;Sánchez Ramírez M, Pérez Huertas R, Marengo de la Cuadra B, Domínguez Adame E, Reyes Díaz ML, Díaz Milanés JA, Oliva Mompean F,

Servicio de Cirugía. Unidad de Gestión. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El defecto de piel y pared abdominal supone un gran desafío al que debe enfrentarse el cirujano en diversas ocasiones. Una herida abierta, no sólo predispone a la infección, sino que conlleva una pérdida de calor, fluidos y proteínas que pueden complicar la evolución de un paciente. Cuanto más según el tamaño del defecto.

Para facilitar el manejo de estos enfermos se puede utilizar la terapia de cierre asistida por vacío (terapia VAC), que actualmente, está siendo objeto de numerosos estudios y publicaciones donde se analiza la posible relación con la aparición de fistulas intestinales y muchos otros donde se evalúa la eficacia de la terapia según la experiencia personal de grupos de trabajo.

A continuación, expondremos el caso de una paciente de 41 años que presenta gangrena de pared abdominal y fascitis necrotizante secundaria a eventración infraumbilical estrangulada. La paciente cuenta con antecedentes de Obesidad y Diabetes Mellitus e intervenciones por cesárea en 2 ocasiones y eventroplastia.

Se realizó el diagnóstico de Fascitis Necrotizante por la clínica y confirmación mediante TAC de la presencia de aire/gas en la pared abdominal y disección del tejido celular subcutáneo. El tratamiento quirúrgico precisó la resección de 20 cm de yeyuno medio con anastomosis laterolateral y resección amplia de las escaras necróticas y del tejido celular subcutáneo hasta encontrar bordes libres de enfermedad. El resultado fue un defecto de pared de más 20 cm de altura x 40 cm de ancho.

Se instauró tratamiento de cierre de pared asistido por vacío (terapia VAC) iniciándose en el 4 día postoperatorio y manteniéndose durante 23 días. Durante los últimos 9 días de tratamiento se utilizó un dispositivo domiciliario obteniéndose una gran adaptación y gran satisfacción de la paciente. En este momento, dada la magnífica evolución de la herida (que se demuestra con material gráfico) se realizó cierre primario del defecto

Tras la realización del cierre primario del defecto, la evolución fue satisfactoria. Retirándose los drenajes a los 5 días postoperatorios y puntos de piel pasados 12 días.

Hemoperitoneo masivo en paciente con colecistitis aguda.

Tania Gallart Aragon; Alejandro Jose Perez Alonso; Rocio Molina Barea; Victor Manuel Ruiz Garcia; Ignacio Machado Romero; Carlos del Olmo Rivas; Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario Clinico san Cecilio. Granada

Introducción: El hemoperitoneo secundario a perforación espontánea de la vesícula biliar es una complicación muy rara. Generalmente esta asociada a episodios de colecistitis aguda. Se cree que la patogénesis del cuadro está en relación con la impactación de un cálculo en el cístico que provoca una lesión

en la pared vesicular, infección y necrosis con posterior perforación. El diagnóstico de certeza se realiza mediante TC. El tratamiento es quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos un caso de hemoperitoneo secundario a perforación de vesícula biliar Varón de 77 años, con antecedentes personales de insuficiencia respiratoria crónica (EPOC grado IV), HTA, síndrome prostático, neumonía de lóbulo superior izquierdo, alergia a amoxicilina clavulánico. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso fundamentalmente en HD, presentando cuadro de abdomen agudo.

Analítica: Hematocrito 21 Hemoglobina 7,70 Leucocitos 18900. Se solicita TC abdominal. Se objetivan fuga de contraste intravenoso en la vesícula biliar a la cavidad peritoneal y abundante cantidad de líquido libre compatible con hemoperitoneo.

Resultados: Ante estos hallazgos se decide realizar intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención se confirma gran hemoperitoneo secundario a perforación de la vesícula biliar con signos de colecistitis. Se realiza colecistectomía abierta, colangiografía intraoperatoria con colocación de tubo de Kher. El postoperatorio transcurre tópidamente presentando episodio de evisceración, precisando curas de aspiración evolucionando favorablemente en este aspecto.

Conclusiones: La perforación de la vesícula biliar es una complicación frecuente en las colecistitis agudas, aunque no suele presentarse con hemoperitoneo. Este cuadro supone un aumento importante de la morbimortalidad. El tratamiento es quirúrgico. Aunque se han postulado múltiples opciones quirúrgicas, el tratamiento de elección en la colecistectomía.

Lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA , Hospital Universitario Miguel Servet- ZARAGOZA.

En 1882 Langenbuch realizó la primera colecistectomía reglada. Desde entonces, la posibilidad de producirse una lesión de la vía biliar ha pasado a ser la complicación más grave de la colecistectomía. En el término de lesiones de la vía biliar principal incluimos las lesiones producidas en las dos ramas de origen, el tracto hepático común y el colédoco.

La mayoría de las lesiones quirúrgicas ocurren durante la realización de la colecistectomía, con indicación electiva y sobre todo, urgente. Mucho menos frecuentes, son las lesiones producidas en el curso de una gastrotomía, precisamente en el tiempo de liberación de un úlcus duodenal localizado en el bulbo distal. La incidencia de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica varía desde 0,2 hasta 1,1 %, mientras que en la colecistectomía abierta los valores varían desde 0,1 hasta 0,50%.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 10 casos de lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal. Se trata de 2 varones y 8 mujeres, con una edad media de 61 años, con extremos de 33 y 76 años. Cinco de estas lesiones fueron diagnosticadas durante la realización de una colecistectomía laparoscópica, tres durante colecistectomía abierta y dos pacientes ingresaron procedente de otro Hospital.

La conversión inmediata en cirugía abierta fue necesaria en todos los casos. La reparación de la lesión se realizó mediante Hepatico-yeyunostomía sobre asa en Y de Roux en siete casos, un caso mediante sutura transversal asociada a tubo de Kehr y en dos casos mediante anastomosis coledoco-duodenal.

La morbilidad fue de una fístula biliar que no precisó tratamiento quirúrgico y de una infección de la herida operatoria. No tuvimos que lamentar ningún fallecimiento.

Conclusiones: La causa fundamental de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal es la colecistectomía. El diagnóstico de la lesión operatoria puede realizarse en el momento de producirse, en el periodo postoperatorio precoz o varios meses después de la operación. La situación más afortunada, dentro de lo indeseable de la complicación, se da cuando el diagnóstico es inmediato. La realización de una colangiografía permite reconocer la mayoría de las lesiones. La elección de la técnica de reconstrucción biliar tendrá en cuenta el tipo de lesión (sección parcial o total), conservación o no del hepatocóledoco

Leiomiomas de la vesícula biliar

Del Rio Lafuente F.J.; Fernández Zamora P.; Del Rio Marco F.

Hospital Universitario Virgen Macarena -Sevilla, Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza.

El leiomioma de la vesícula biliar es un tumor maligno bastante raro. El primer caso ha sido comunicado en 1893 y la primera descripción ha sido efectuada en 1904 por Landsteiner. En 1982, Willen y colaboradores han reunido una serie de 16 casos de leiomiomas en 124 casos de sarcoma de la vesícula biliar.

Caso clínico: Una mujer de 43 años de edad, sin antecedentes de interés, ha sido ingresada en el servicio por dolores en hipocondrio derecho de tres días de duración, asociado a fiebre de 38° C, sin ictericia ni alteración del tránsito intestinal. A la exploración presentaba defensa muscular en hipocondrio derecho y se palpaba una masa dura, dolorosa y móvil en este nivel. La ecografía abdominal mostraba un aspecto de colecistitis aguda con una vesícula biliar de gruesas paredes y un absceso perivesicular. La TAC abdominal mostraba una voluminosa masa limitada a la vesícula, apareciendo el producto de contraste de manera heterogénea, sin invasión hepática ni adenopatías locoregionales. Intervenida quirúrgicamente aparece un tumor de la vesícula biliar, limitado a su pared y con contacto íntimo con el ángulo cólico derecho. La vía biliar principal era fina y no se apreciaba invasión hepática ni adenopatías locoregionales. Una resección carcinológica de la vesícula biliar, parénquima hepático adyacente y colon derecho ha sido realizada. El curso postoperatorio ha sido normal siendo dado de alta al octavo día.

El estudio anatomopatológico mostraba una masa tumoral de 15x11x12, de color negruzco que ocupaba toda la vesícula. Histológicamente, esta masa estaba constituida por una proliferación tumoral maligna de células redondas o fusiformes con citoplasma eosinófilo. El tumor alcanzaba la pared cólica sin invadirla. El estudio inmunohistoquímico mostraba células tumorales (AML) sin expresión de c-kit. Estos hallazgos permiten llegar al diagnóstico de leiomioma de la vesí-

cula biliar de grado 3 de malignidad. No existía invasión de la pared cólica ni metástasis ganglionar (20 ganglios normales).

La paciente recibió tratamiento quimioterápico, Revisada al año, la paciente tenía un estado general aceptable.

Conclusiones: El leiomioma de la vesícula biliar es un tumor maligno y poco frecuente. El cuadro clínico es casi siempre, el de una colecistitis aguda, con dolor en hipocondrio derecho y fiebre. El diagnóstico de leiomioma es realizado después del estudio anatomopatológico de la pieza de colecistectomía. La inmunohistoquímica es indispensable para el diagnóstico. El pronóstico de estos tumores es sombrío. Solo la exéresis del tumor y órganos vecinos asociado a la quimioterapia mejoran la supervivencia.

Fístulas bilio-bronquiales de origen hidatídico. A propósito de 11 casos.

Del Rio Lafuente F.J.; Fernández Zamora P.; Del Rio Marco F.

Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA, Hospital Universitario Miguel Servet- ZARAGOZA.

Las fístulas bilio-bronquiales constituyen una comunicación entre un canal biliar y el árbol bronquial. Puede ser la causa de complicaciones de varias afecciones hepatobiliares. En el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza su etiología está dominada por la hidatidosis hepática localizada en cúpula del lóbulo hepático derecho. Las fístulas bilio-bronquiales de origen hidatídico son raras, pero graves ya que son responsables de lesiones a tres niveles: hepático, diafragmático y pulmonar. Su diagnóstico es relativamente sencillo. La bilioptisis es el signo patognomónico. Su tratamiento es siempre quirúrgico. La vía de abordaje habitual es la vía abdominal, que permite: la desconexión hepato-bronquial; tratando el o los quistes y asegurando el buen funcionamiento de la vía biliar principal; suturar la comunicación fistulosa del diafragma y permitiendo un buen drenaje de la cavidad abdominal.

Material y Método: Once pacientes portadores de un quiste hidatídico de hígado abierto en bronquio han sido tratados en el servicio en los últimos 20 años. Siete eran mujeres y 4 varones, con una edad media de 47 años con extremos de 23 y 62 años. Los quistes responsables de las fístulas asentaban en la cúpula o en la cara posterior del hígado: 10 quistes se localizaban en el lóbulo derecho y 1 quiste en el lóbulo izquierdo. La serología hidatídica era positiva en todos los casos. Ecográficamente los quistes tenían un tamaño entre 5 y 28 cm., de contenido multivesicular. La broncoscopia no se ha realizado en ningún caso. La vía torácica ha sido empleada una vez. La vía abdominal (subcostal derecha prolongada más o menos a la izquierda) 10 veces. Los gestos realizados han sido: a nivel pulmonar: ninguna exéresis ha sido realizada, limpieza de la zona y drenaje torácico. A nivel diafragmático limpieza y sutura de la brecha y a nivel hepato-biliar: evacuación del quiste, periquistectomía y drenaje. Verificación sistemática de vías biliares.

Resultados: Hemos tenido un fallecimiento. El curso postoperatorio ha sido sin complicaciones en cuatro casos. Con complicaciones pero con una evolución favorable en los otros seis casos: Fístula biliar externa (3 casos), absceso subfrénico (1 caso), infección de la pared (2 casos).

Conclusiones: Las fistulas bilio-bronquiales de origen hidatídico son de diagnóstico sencillo. La comunicación con el árbol biliar domina el problema de éstas fistulas, ya que condiciona la infección del quiste y la constitución de una colección biliopurulenta en contacto con el diafragma y el pulmón. Las exploraciones complementarias contribuyen al diagnóstico: poniendo en evidencia la existencia de bilis al examinar el esputo y mostrando la existencia del quiste y de un derrame pleural derecho. El tratamiento es quirúrgico y consiste en cerrar la fistula y tratar la causa de ella.

Hemoperitoneo secundario a rotura de hepatocarcinoma

Almudena Moreno, Alvaro Morales, Vanesa Maturana, Jacob Motos Elena Yague, Miguel Vargas, Teresa Alves

CH Torrecardenas. Almería

Introducción: El mucocèle apendicular incluye un grupo de lesiones caracterizadas por la presencia de un apéndice distendido relleno de moco. Se trata de una patología de aparición infrecuente, constituyendo el 0,2%-0,4% de apendicetomías, siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%)

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes personales de diabetes, dislipemia. Consulta en el servicio de Urgencias por presentar dolor en fosa iliaca derecha de 48 h de evolución que aumenta con los movimientos, hábito intestinal estreñido y fiebre. Presenta una exploración clínica compatible con proceso apendicular agudo. Se le realiza una ecografía que es informada como líquido libre con aumento de ecogenicidad del meso en FID. Área hipo ecoica adyacente y caudal al ciego de 5 x2, 7 cm y otra más medial de 2,2 x 3cm íleon con engrosamiento de pared y disminución del peristaltismo.

Como hallazgos intraoperatorios podemos destacar 2 tumores de unos 4 y 3 cms que ocupaban casi la totalidad del apéndice y que contienen moco, base no afecta. Se realizó apendicetomía simple. El periodo postoperatorio transcurrió sin incidencias. El diagnóstico histopatológico fue el de mucocèle simple apendicular.

Discusión: La importancia del mucocèle apendicular está relacionada con su potencial malignidad y puede influir en su enfoque quirúrgico. Los mácices primarios del apéndice pueden ser clasificados de acuerdo con sus características histopatológicas: mucocèle simple, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudomixoma peritoneal en fases avanzadas.

Su presentación clínica suele ser muy inespecífica, variando desde formas totalmente asintomáticas a cuadros similares a una apendicitis aguda, masa palpable, hemorragia digestiva y menos frecuentemente manifestaciones urológicas.

Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o un procedimiento endoscópico en un 23-50% de los casos. El diagnóstico resulta difícil por la inespecificidad de los síntomas y a pesar de las técnicas de imagen, de tal forma que más de un 60% de los casos son diagnosticados tras la cirugía.

El Tac abdominal permite visualizar la lesión así como la afectación de los órganos próximos, siendo más específica y segura para el diagnóstico.

La mayoría de los autores consideran que el tratamiento quirúrgico es el de elección, resultando fundamental la exé-

resis del tumor; sin embargo no existe acuerdo respecto a la cirugía más adecuada. Generalmente suele ser suficiente una apendicetomía, salvo en los casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se prescribe una hemicolectomía derecha. La laparoscopia parece tener una tasa más elevada de resección inadecuada, además de que el neumoperitoneo y la tracción de la pieza a través de la pared abdominal pueden contribuir a una diseminación peritoneal del material mucinoso, por lo que es de elección la vía abierta. Es necesario llevar a cabo una exhaustiva exploración por la asociación entre mucocèle apendicular y tumores gastrointestinales, principalmente el de colon.

Terapéutica ante una rotura de bazo y cirrosis Child-Pugh C. ¿Pensamos en alternativas a la cirugía?

Camacho Ramirez, A.* Navarro Vergara, P.+ Jimenez Vaquero, M.J,* Balbuena Garcia, M.* Alvarez Medialdea, J.* Falckenheiner, J.* Calvo Duran, A.E.* Vega Ruiz, V.* Velasco Garcia, M.*

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Introducción: La rotura esplénica traumática o espontánea es una situación clínica grave que requiere de un vigilancia estrecha en las primeras horas, esto es necesario por la incapacidad en muchos casos del manejo conservador del sangrado y la necesidad de una actitud intervencionista. La tendencia en los últimos años es evitar la cirugía mediante técnicas radiológicas para preservar el órgano y por tanto su función, esto es solo posible bajo dos premisas, estabilidad hemodinámica del paciente y disponibilidad de radiología intervencionista.

Presentamos el caso de un paciente con rotura esplénica espontánea, estable hemodinámicamente y una altísima comorbilidad.

Material y método: Varón de 55 años, VIH positivo, Cirrosis por VHC y VHB con Child-Pugh C que acude al servicio de urgencia del H.U. Puerto Real por dolor abdominal de forma difusa de varias horas de evolución sin causa previa que lo pueda desencadenar. A su llegada urgencias constantes mantenidas con tensiones arteriales en límite inferior y ligera taquicardia. En la exploración se percibe un paciente con regular situación general, aspecto terroso, con abdomen distendido y doloroso de forma difusa, se decide realización de analítica observando una hemoglobina de 9,5 gr/dl, plaquetas 100, actividad protrombina 45 %, creatinina 1.4, resto de los parámetros dentro de la normalidad. Se decide realización de T.C. abdomen que es informado como rotura esplénica y hemoperitoneo, hepatomegalia difusa y varices intrabdominales.

Ante dicha situación se decide mantener al enfermo en observación con sueroterapia y repetir analítica en 4 horas. Tras esa espera el paciente mantiene constantes, aunque con empeoramiento de la hemoglobina (8.0).

Tras sopesar la altísima morbi-mortalidad del paciente se comenta el caso clínico con el servicio de radiología intervencionista para valoración de embolización esplénica. Se acepta al paciente transfundiéndosele previo a la técnica plasma, plaquetas y dos concentrados de hemáties.

Resultados: El procedimiento se llega a cabo con éxito. El paciente permanece estable durante el procedimiento re-

quiriendo en la unidad de reanimación la administración de plasma y un concentrado de hemáties.

Pasa a planta manteniéndose estable con molestias abdominales los primeros días y nauseoso, requiriendo una nueva transfusión de dos concentrados. Es dado de alta a los 10 días del ingreso.

Conclusiones: Existen diversas publicaciones que proponen una actitud menos agresiva para el control del sangrado por rotura esplénica como es la radiología intervencionista con las premisas ya comentadas, en nuestro paciente éste motivo estaba todavía más justificado por la pésima situación clínica del enfermo. Por todo lo comentado debería de estar presente en todo cirujano la opción alternativa a la cirugía en paciente con rotura esplénica, estabilidad hemodinámica y situación clínica desfavorable.

Manejo multimodal del traumatismo hepático cerrado

JA. Díaz Milanés, ML Reyes, A. Nogales, JR. Naranjo, I. Sanchez Matamoros, A. Pérez Sánchez, A. Curado, J. Cintas, JM Ortega, F. Oliva

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Apto. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El abordaje diagnóstico y terapéutico del traumatismo hepático ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. El actual manejo conservador no quirúrgico de la inmensa mayoría de los traumatismos hepáticos se ha convertido en la mejor opción terapéutica (tasa general de éxito del 83-100%, con una morbilidad asociada del 5-42%) de la mayoría de los traumatismos hepáticos cerrados en pacientes hemodinámicamente estables. Dicho tratamiento conservador se sustenta en la experiencia acumulada y los óptimos resultados de las múltiples series publicadas hasta la fecha. Sin embargo, todavía hay dudas acerca de qué pacientes deben ser tratados de forma conservadora, si se puede predecir el fallo del tratamiento antes de que aparezcan las complicaciones y cómo debe hacerse el seguimiento de estos pacientes.

Material y método: Presentamos a continuación el caso de un varón de 23 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro refiriendo caída de bicicleta presentando traumatismo torácico derecho por impacto del manillar de la misma. A su llegada el paciente presentaba afectación del estado general, palidez mucocutánea y dolor con defensa involuntaria en hipocondrio derecho. Durante la realización de TAC abdominal, en el que se evidenció laceración hepática y hemoperitoneo, el paciente presenta shock hipovolémico. Ante la emergencia que supone este cuadro, se procede a reanimación del paciente y se decide su traslado a quirófano donde es intervenido, realizándose laparotomía exploradora donde se evidencia hemoperitoneo de unos 3000cc y sangrado activo por rotura hepática entre los segmentos VI y VII. Se controla el sangrado mediante movilización hepática, maniobra de Pringle, hemostáticos tópicos y puntos por transfixión. Se comprueba que no hay afectación de ninguna otra víscera abdominal. El paciente pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el 18º día de postoperatorio el paciente presenta cuadro brusco de hipotensión con inestabilidad hemodinámica, ob-

jetivándose en la TAC un resangrado hepático que es tratado de manera conservadora por el servicio de Hemodinámica que realiza embolización de arteria hepática derecha. Como consecuencia de dicha embolización, a los 15 días de la misma, mediante TAC de control se aprecia gran colección hepática en lóbulo derecho con gas en su interior acompañado de cuadro febril. Se decide optar por tratamiento conservador mediante drenaje percutáneo guiado por TAC, con la consiguiente resolución del cuadro febril.

Resultados y conclusiones: El interés de este caso radica en el manejo del mismo, ya que se ha aplicado tanto el tratamiento quirúrgico como el conservador en el mismo paciente. De este modo, la estabilidad hemodinámica del paciente determina la aplicabilidad del tratamiento conservador. Las técnicas de arteriografía y angioembolización constituyen pilares clave en el contexto de un traumatismo hepático, así como la radiología intervencionista. Los enfermos en situación de inestabilidad hemodinámica precisarán una intervención quirúrgica urgente, lo cual no contraindica la utilización de todos los medios conservadores posibles para tratar las posibles complicaciones a dicha cirugía.

Pseudoquiste esplénico en bazo ectópico. A propósito de un caso

Sancíz Cárdenas E, Soler Humanes R, Olmos Juárez E, Bravo Arenzana L, Cañizo Rincón I, Máiquez Abril R, Cabrera Serna I, Rivas Becerra J, Ocaña Wilhelmi L, De Luna Díaz R.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El tejido esplénico ectópico es una entidad poco frecuente que se presenta predominantemente en mujeres con edades comprendidas entre 20-40 años.

Los quistes en el bazo se clasifican en: verdaderos o primarios (parasitarios y no parasitarios) y secundarios o pseudoquistes cuando no presentan revestimiento epitelial.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 78 años con antecedentes patológicos de fibrilación auricular paroxística e hysterectomía vaginal por prolapso uterino. Con historia de dolor abdominal inespecífico de larga evolución. A la exploración se palpa masa abdominal de bordes bien definidos desde hipocondrio izquierdo a fosa ilíaca izquierda. Se realiza TAC de abdomen evidenciándose una esplenomegalia de 13cm ectópica con un quiste de 15cm de diámetro que desplaza estómago y riñón izquierdo.

Se realiza esplenectomía programada, con evolución favorable postoperatoria, dada de alta tras cinco días de ingreso hospitalario.

El resultado de la anatomía patológica de la pieza refleja un bazo de 13x8x11 cm con una cavidad de 6x7x6,5cm que informa como pseudoquiste esplénico.

Resultado: La presentación clínica más característica del bazo ectópico y de los quistes esplénicos corresponde con molestias vagas en el hipocondrio izquierdo.

La importancia de los mismos radica en la posibilidad de complicación con rotura, hemorragia o infección.

Los pseudoquistes esplénicos son cinco veces más frecuentes que los verdaderos, suelen ser secundarios a traumatismos, y aparecen a partir de hematomas subcapsulares.

Conclusión: Tanto la presentación ectópica del bazo como su patología quística son poco frecuentes. Son asintomáticos en la mayoría de las ocasiones, siendo su hallazgo casual. Sus posibles manifestaciones clínicas son el dolor abdominal crónico o agudo, la hemorragia y la infección.

En caso de quistes mayores de 4cm o sintomáticos, se debe plantear la cirugía, que consiste preferentemente en la quistectomía o la esplenectomía parcial.

Metástasis de dermatofibrosarcoma protuberans en cola de páncreas

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Ander Bengoechea Trujillo, Daniel Pérez Gomar, M^a del Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Manolo López Zurera, Antonio Gil Olarte Pérez, José Manuel Vázquez Gallego

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El Dermatofibrosarcoma Protuberans es una neoplasia, de partes blandas de origen cutáneo poco frecuente y de malignidad intermedia, que produce metástasis solo excepcionalmente (2-3%), localizándose preferentemente en el pulmón, aunque también se han descrito en el cerebro, el hueso y el corazón. Las metástasis sistémicas son excepcionales y en el caso del páncreas solo se han descrito 3 casos en la literatura. Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro servicio que presentó una tumoración metastásica de un dermatofibrosarcoma protuberans inguinal en cola de páncreas, por tratarse de un caso excepcional.

Caso clínico: Paciente de 30 años, sin antecedentes de interés excepto nódulo tiroideo derecho y anemia. Intervenida por el servicio de Cirugía plástica en múltiples ocasiones de un dermatofibrosarcoma inguinal, que también fue tratada con radio y quimioterapia. En el último estudio de extensión se evidenció la presencia de una masa en vecindad de cola de páncreas totalmente asintomática. Exploración física: Buen estado general, palidez cutáneo-mucosa. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. En región inguinovulvar derecha se aprecia cicatriz de intervenciones anteriores. Exploraciones complementarias: Marcadores tumorales: CA 19.9 5,8; CA125 14. Rx y TAC de tórax: nódulo de 9,6 cm en segmento IX LID. Ecografía y TAC abdominopélvico: Nódulo vulvar derecho y masa en cola de páncreas de 4,4x8cm y nódulo subcapsular hepático en segmento V-VII. Ecoendoscopia: Masa adyacente a cola de páncreas bien delimitada. PAAF: citología compatible con GIST (CD 117). Intervención quirúrgica: Abordaje subcostal bilateral e identificación de tumoración sólida de 12 x 8 cm adherido a la cara anterior de la cola de páncreas y a órganos vecinos. Se realiza resección de la misma junto a pancreatomectomía de cola de páncreas con conservación de vasos esplénicos y extirpación de adenopatías adyacentes. El resultado del estudio anatomopatológico fue de Metástasis de dermatofibrosarcoma protuberans en cola de páncreas y adenopatías no metastásicas, márgenes de resección libres de tumoración. La paciente evolucionó de forma favorable y estuvo en seguimiento por oncología y cirugía plástica para tratamiento de 1 nódulo inguinal derecho.

Discusión: El dermatofibrosarcoma protuberans es un sarcoma de tejidos blandos con una incidencia entre el 0,8

y 4,5 casos/mill de habitantes/año. Supone el 0,1% de todos los cánceres y un 1% de todos los sarcomas de partes blandas. Su incidencia en la gente de raza negra es el doble que en la raza blanca. Su incidencia por sexos es homogénea con ligera preferencia por el sexo masculino (3:2). Es más frecuente entre los 20 y los 50 años aunque puede darse en todas las edades. El antecedente de traumatismo como posible factor etiológico está en controversia. Se localizan por orden de frecuencia un 40-50% en el tórax y los hombros, entre el 30-40% en la porción proximal de las extremidades y un 10-15% en cabeza y cuello. No suele producir metástasis sistémicas ya que la diseminación linfática o hematogena es rara, y éstas suelen aparecer tras muchos años de evolución, localizándose preferentemente en pulmón, cerebro, hueso y corazón. El tratamiento de este tumor es quirúrgico con amplios márgenes de resección y radioterapia adyuvante. En cuanto al empleo de la quimioterapia en los pacientes con metástasis no está protocolizada y hay diferentes autores que defienden que el empleo del imatinib puede inducir la regresión en pacientes con dermatofibrosarcoma recurrente o irreseccable. En el caso de nuestra paciente la tumoración metastásica se localizó en cola de páncreas por lo que la cirugía incluyó la pancreatomectomía caudal parcial con conservación de vasos esplénico. Previamente a la cirugía el diagnóstico anatomopatológico fue de GIST, y el diagnóstico de tumor metastático fue un hallazgo casual. En la literatura solo hemos encontrado 3 casos que hagan referencia a metástasis pancreática de dermatofibrosarcoma protuberans.

Carcinoma hepatocelular sobre adenoma hepático

J Jorge, Paz A, M Granero K, Villegas T, Becerra A, Garrote D, Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El adenoma hepático es una lesión conocida por su asociación a mujeres jóvenes en tratamiento con anticoncepción oral (AO). Se trata de una lesión benigna que suele reducirse o desaparecer tras la interrupción del tratamiento. Presentamos un caso de adenoma con degeneración a hepatocarcinoma, intervenido en nuestro centro, y discutimos sobre el riesgo de malignidad y las indicaciones quirúrgicas de estas lesiones.

Paciente y método: Mujer de 28 años, sin patología de base, en tratamiento con anticoncepción oral desde hacía 5 años. Se le realizó un estudio de imagen por clínica de sensación de masa de 3 meses de evolución. La TAC y RNM (figuras 1 y 2) informaron de sospecha de adenoma hepático de 6cm en segmento VI. La analítica era normal excepto una alfa fetoproteína (AFP) de 3300ng/ml. Se decidió intervención quirúrgica realizando segmentectomía.

Resultados: La evolución fue favorable, sin complicaciones perioperatorias. Se derivó al alta al quinto día. El informe patológico evidenció un adenoma hepático con un foco de hepatocarcinoma en su interior.

Conclusiones: La incidencia anual del adenoma hepático es aproximadamente de 1 por millón en las mujeres que nunca han usado AO, y de 30 a 40 por millón en las que lo consumen a largo plazo.

Se ha observado que los adenomas con potencial degenerativo a carcinoma hepatocelular se producen casi exclusiva-

mente en mutaciones del gen productor de beta-catenina. La incidencia de la degeneración se ha estimado entre 8 a 13% de los pacientes con adenoma hepático.

El diagnóstico debe hacerse con base en el ámbito clínico, una combinación de estudios de imagen y/o la resección quirúrgica. La biopsia percutánea del hígado o aspiración con aguja fina generalmente no son indicados por el riesgo de sangrado y porque la cantidad de tejido obtenidos es con frecuencia insuficiente para establecer un diagnóstico. Un aumento de tamaño en los estudios radiológicos secuenciales o un aumento en los niveles séricos de AFP puede indicar una cirugía por sospecha de malignización.

La resección quirúrgica se recomienda a pacientes sintomáticos o con lesiones grandes (> 5 cm). Las opciones quirúrgicas incluyen la enucleación, resección, y rara vez el trasplante de hígado. El trasplante hepático debe reservarse para pacientes en los que la resección quirúrgica no es posible debido al tamaño del tumor, ubicación o adenomatosis irreseccable.

Para pacientes asintomáticos el tratamiento es controvertido. La recomendación más utilizada es la resección cuando sea mayor de 5cm, o cuando la interrupción del tratamiento hormonal no produce la reducción de la lesión.

En mujeres fértiles con adenomas en seguimiento que quieren comenzar una gestación, está indicada la cirugía porque la evolución de la lesión es impredecible y peligrosa por riesgo de rotura y sangrado. Para las mujeres que tengan un diagnóstico incidental de adenoma durante el embarazo, no existe tratamiento de elección. Se podría plantear una resección en el segundo trimestre de embarazo.

Análisis de la resección quirúrgica de las metástasis hepáticas de cáncer de mama

Paz Yáñez, Alejandro; Jorge Cerrudo, Jaime; Muffak Granero, Karim; Villegas Herrera, María Trinidad; Becerra Massare, Antonio; Garrote Lara, Daniel; Ferrón Orihuela, Jose Antonio

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Tradicionalmente, la quimioterapia (QT) era el tratamiento del cáncer de mama cuanto existía enfermedad a distancia. Sin embargo, la cirugía de las metástasis hepáticas de cáncer de mama (MHCM) en pacientes bien seleccionados parece ganar importancia dentro del tratamiento multidisciplinar de esta neoplasia. Presentamos nuestra experiencia en resección quirúrgica de MHCM.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las pacientes intervenidas en la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de MHCM entre Enero de 2005 y Diciembre 2010. Se han recogido variables como edad, tipo de cirugía de la mama, QT, radioterapia (RT), estancia hospitalaria, morbilidad, tipo de resección hepática, número de metástasis, seguimiento, recidiva y supervivencia.

Resultados: Se han realizado 10 resecciones hepáticas en 8 pacientes durante el período a estudio. La edad media de las pacientes fue de 51,12 años (rango 37-76). El estadiaje del tumor primario fue en 2 casos IIA, 4 IIB, 1 IIA y 1 IIIB. Recibieron quimioterapia (QT) adyuvante el 100% y radio-

terapia adyuvante el 87,5%. La resección hepática fue Ro excepto en una paciente (87,5%), con un tiempo operatorio medio de 321,87 min. (rango 235-450) y con una media de 4,25 metástasis reseccadas (rango 1-12). 2 (25%) complicaciones perioperatorias (absceso intraabdominal y biloma, drenados percutáneamente) y 3 (37,5%) recidivas (2 hepáticas y 1 extrahepática), 2 de las cuales intervenidas (25% reintervenciones). El seguimiento medio fue de 22,75 meses (rango 4-48) con una tasa de supervivencia a los 12 meses del 62,5% (5/8) y a los 36 meses del 25% (2/8).

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, la resección quirúrgica de las MHCM es un tratamiento seguro y que proporciona una tasa de supervivencia aceptable en pacientes que se pueda realizar una resección Ro y con una buena situación clínica, siempre que no haya enfermedad a distancia.

Colecistitis enfisematosa en el contexto de SCASEST

Jairo Mauricio Avella, María Jesús Álvarez Martín, Karim Muffak Granero, Emilio Corral Fernández, Tomas Torres Alcalá, Jose Antonio Ferrón Orihuela

Hospital Virgen de Las Nieves. Granada

La colecistitis enfisematosa se considera una entidad rara y representa el 1% de las colecistitis agudas, caracterizándose por la presencia de gas en la luz de la vesícula biliar, pared o tejidos pericolecistíticos, en ausencia de fistulas entre el sistema biliar

Y el tracto digestivo. Causada por microorganismos productores de gas, el principal elclostridium, en otros casos por E. Coli, Klebsiella o Pseudomona.

tiene una mortalidad elevada aproximadamente de un 25% pues se asocia a un mayor

Número de complicaciones: Perforaciones, abscesos perivesiculares y colecistitis gangrenosa.

En el 50% de los casos esta implicada una litiasis biliar. El diagnóstico no solo se basa

en la clínica sospechosa, sino en las pruebas de imagen, radiografía simple, ecografía, la TAC y pruebas de laboratorio.

En nuestro caso se confirmó la sospecha clínica con la TAC.

Presentamos dos pacientes diagnosticados de colecistitis aguda enfisematosa.

Uno de ellos de 67 años con antecedentes Diabetes Mellitas tipo II. 87 kg. Exfumador. Hernia de hiato. Prostatismo. Amigdalectomizado.

Ingresa por cuadro de dolor en mandíbula y en cuello de 1 semana de evolución, con los esfuerzos, 24 horas antes de su ingreso el dolor se localiza en epigastrio y al ingreso se aprecian cambios en el ECG y elevación de enzimas cardíacas, diagnosticándose de SCASEST, se realizó ingreso en UCI y coronariografía con colocación de stent en DA, y Dx de enfermedad coronaria severa, con buena respuesta clínica de su patología coronaria, presentando dolor abdominal a nivel de epigastrio y en hipocondrio derecho a las 24 horas de su estancia en UCI, sin respuesta a los analgésicos ni AINES,

Refiriendo el paciente que el dolor era claramente diferente al de la angina por lo que se realiza TAC y con el Dx de colecistitis enfisematosa se indica colecistectomía, urgen te, se descarta la vía laparoscópica por AP IAM, se realiza abierta a pesar estar el paciente doblemente antiagregado, ácidoacetilsalicílico, clopidrogel y además con HBPM, asumiendo

el riesgo de sangrado quirúrgico, pero sabiendo que la mortalidad es elevada más del 25% sino se interviene en las primeras horas después de su DX, se cubrió con eritropoyetina, el paciente en el post-operatorio solo presentó equimosis alrededor de la herida quirúrgica dándose de alta al 6º día.

La colecistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente que se presenta sobre todo en pacientes con factores de riesgo, diabéticos, enfermedades cardiovasculares o inmunodeprimidos en los que se debe plantear la cirugía inmediata.

Bibliografía:

1-Uesaka K, Seima Y, Tokura M, Shimada Y. A case of emphysematous cholecystitis with cholecystic arterial thromboses and gallbladder infarction. Department of surgery, Hyogo Shokakibyo Gakkyo Zasshi 2009 Feb; 106(2) : 222-7 Prefectural Kaibara Hospital, Japan. Nippon

2-Mercier O, Kotobi H, Godiris - Petit G, Gallot D. Emphysematous Cholecystitis: A pathologic entity. A case report. Ann Chir. 2003 Dec; 128(10) : 716-8.

3- Ozkan U, Akgul E, Okur N. Case report: Mirizzi syndrome in a patient with emphysematous cholecystitis: Ultrasonographic and computed tomographic findings. Tani Girisin Radyol. 2003 Jun;9(2): 220-3.

4- Bouras G, Lunca S, Vix M, Marescaux J. A case of emphysematous cholecystitis managed by laparoscopic surgery. JSLS 2005 Oct-Dec; 9(4); 478-80

Radioterapia como tratamiento del hemangioma hepático. Presentación de un caso clínico.

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Salvi Martínez M; Cañizo Rincón, I; Maiquez Abril, R; Rivas Becerra, J; Cabrera Serna, I; Ocaña Wilhelmi, L; De Luna, R.

H. U. Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El hemangioma hepático, también conocido como hemangioma cavernoso, es el tumor hepático benigno más frecuente.

Los hemangiomas son frecuentes en la población general. Su prevalencia se estima entre 0,4 y 20% de las personas, siendo más frecuente entre los 30 y los 50 años. Su pronóstico es excelente en la gran mayoría de las lesiones. Sólo los hemangiomas grandes (mayores de 5 cm) pueden tener algún potencial de presentar síntomas o complicaciones.

La gran mayoría de los hemangiomas hepáticos no requieren tratamiento específico. Los escasos pacientes que presentan dolor o síntomas de compresión extrínseca deben ser evaluados para tratamiento.

El tratamiento puede consistir en resección hepática o enucleación. El trasplante hepático es una alternativa en hemangiomas gigantes seleccionados. Existen tratamientos no quirúrgicos que incluyen la embolización, radioterapia y el uso de interferón.

La radioterapia tiene el inconveniente de dañar el tejido sano, y tener una respuesta impredecible en el caso de los hemangiomas hepáticos en adultos. Sin embargo, la mortalidad que conlleva una biopsia o la propia cirugía, convierten a la radioterapia en una alternativa terapéutica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 46 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia, aneurisma de arteria renal y car-

diopatía isquémica tipo ángor, que fue remitido a consulta externa de cirugía en noviembre de 2004 por dolor lumbar, resistente a tratamiento médico.

Tras la realización de las pruebas de imagen se aprecia una lesión hepática focal de 8,5x7x5,5 mm en los segmentos VI y VII hepáticos y otra de 1 cm en el segmento II compatibles con hemangiomas.

Se procede a realizar tratamiento con radioterapia: 20 Gy en 10 fracciones consecutivas de 2 Gy, terminando las sesiones en agosto de 2005.

Resultados: En los controles postradiación realizados se ha ido observando una disminución del dolor del paciente así como una progresiva disminución de la tumoración:

-2006: 4,8x3 mm

-2008: 3,5 mm

-2010: 2,6x2,8 mm

Conclusiones: El tratamiento de elección en los hemangiomas clínicamente sintomáticos es la cirugía.

La radioterapia es una alternativa terapéutica que evita la morbi-mortalidad del tratamiento quirúrgico.

La cantidad de radiación necesaria para lograr disminuir el tamaño del hemangioma es difícil de precisar.

Fístula coledocoduodenal y colónica: adenocarcinoma

Jorge J, Paz A, M-Granero K, Becerra A, Villegas T, Garrote D, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Presentar un caso de enfermedad maligna en el seno de dos fístulas biliodigestivas.

Caso clínico: Varón de 78 años con antecedentes de HTA e hiperuricemia. Episodio de dolor abdominal e ictericia de 15 días de evolución. La ecografía mostró coledocolitiasis de 2cm y dilatación de vía biliar intrahepática, acompañado de aerobilia. La CPRE no fue efectiva, procediendo a la colocación de drenaje biliar de 10F. Se intervino, evidenciando fístula colédoco-colónica y colédoco-duodenal con áreas perilesionales induradas. El informe patológico intraoperatorio informaba de adenocarcinoma en la muestra de colon y duodeno. Se realizó una hepaticoyeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux, colectomía segmentaria de colon transverso y resección en cuña duodenal, con posterior sutura.

Resultados: Evolución satisfactoria, sin complicaciones perioperatorias. Se derivó al alta al sexto día. El informe anatómopatológico extemporáneo confirmó la sospecha intraoperatoria de adenocarcinoma en las piezas de colon, duodeno y vía biliar. El estudio de extensión posterior no ha mostrado enfermedad diseminada.

Conclusiones: Se trata de un caso de adenocarcinoma en el contexto de una fístula, con trayecto a colon y a duodeno, sin que se haya podido establecer el tejido de origen concreto del tumor.

Nesidioblastosis como causa de diabetes

Almudena Moreno Serrano, Gabriel LopezOrdoño, Elena Yague Martin, Vanesa Maturana Ibañez, Miguel Vargas, Juan Torres

CH Torrecardenas. Almería

Introducción: La nesidioblastosis es la hiperplasia de las células insulares de los islotes pancreáticos a partir del epitelio ductal pancreático. Estos islotes pueden formar nódulos (nesidioblastosis focal) o disponerse de forma difusa por todo el páncreas (nesidioblastosis difusa). Estas células se diferencian por marcadores inmuno histoquímicos específicos.

Caso clínico: Varón de 44 años con antecedentes personales de hernia de hiato y diabetes mellitas tipo II desde hace dos años en tratamiento con antidiabéticos orales. Ingresó en el servicio de Digestivo por malestar abdominal inespecífico irradiado a región lumbar de 3 meses de evolución. No semiología colostásica. No presenta síndrome constitucional. Afebril.

Paciente con buen estado general y una exploración abdominal sin hallazgos significativos.

Se le realizó TAC Y RMN en la que se detecta lesión neoplásica entre cabeza y cuerpo del páncreas de 31 x40x30 mm que comprime la vena porta sin lograrse definir si la invade, condiciona dilatación marcada de los conductos pancreáticos y afilamiento del tercio distal del colédoco. Se realizó una eco endoscopia en la que se practica PAAF para obtener muestras citológicas pero no se obtiene muestra suficiente valorable para el diagnóstico.

Ante este caso, se decidió realizar una laparotomía exploradora en la que se tomó una biopsia intraoperatoria de la tumoración pancreática que se informó como nesidioblastosis difusa. Se practicó una pancreatectomía parcial del proceso uncinado y cabeza pancreática, con preservación duodenal. Durante el curso postoperatorio el paciente ha presentado. El paciente ha estado nutrido con NPT y apoyado con somatostatina, hasta que el débito ha sido mínimo. Los niveles de glucemia han sido adecuados, sólo hiperglucemias durante la administración de la NPT. En el momento actual el paciente está en seguimientos en las consultas externas asintomático y con buen control de la diabetes.

Discusión: La nesidioblastosis es la causa más frecuente de hipoglucemia en la época neonatal. En los adultos, la diferenciación de las células insulares a partir del epitelio ductal es frecuente y puede considerarse una variante de la normalidad. Sin embargo, es excepcional cuando se describe como causa de hipoglucemia, ocurre entre el 0,5 y el 5% de los casos en que existe hiperinsulinemia endógena, por lo que esta etiología debe ser considerada cuando los métodos de diagnóstico por imagen no consiguen localizar una lesión en pacientes con hiperinsulinemia. Desde el punto de vista clínico, se presenta con episodios de hipoglucemia en ayunas o tras un ejercicio; temblor, mareo, palpitaciones, sudoración, alteración neurológica y como, entre otros síntomas.

El diagnóstico del hiperinsulinismo endógeno se realiza mediante el test del ayuno. Una vez establecido, se dispone de una serie de técnicas radiológicas para llegar al diagnóstico de insulinooma pancreático. La ecografía transabdominal, TAC y, recientemente, la eco endoscopia, son las técnicas más utilizadas, con lo que se obtiene una alta sensibilidad y especificidad

al combinar estas dos últimas. Además la eco endoscopia permite la realización de PAAF para obtener muestras citológicas. En casos seleccionados cuando no se consigue el diagnóstico con estas técnicas, el cateterismo selectivo con inyección intraarterial de calcio. Una prueba adicional es la ecografía pancreática intraoperatoria.

El tratamiento de elección de la hiperplasia difusa de islotes pancreáticos es la pancreatectomía subtotal (70-80%), con resección del páncreas situado a la izquierda de la vena mesentérica superior. Si tras la resección persiste la hipoglucemia, esta se puede controlar con la administración de d-ácido. Cuando la resección quirúrgica y el tratamiento con d-ácido fracasan, cabe plantear una resección más extensa, aunque con el riesgo de que se provoque una insuficiencia pancreática exocrina y diabetes.

Hepatoblastoma como causa de hemoperitoneo espontáneo en un adulto

Cepeda Franco C; Álamo Martínez J.M; Suarez Artacho G; Bernal Bellido C; Marín Gómez L.M; Serrano Diez-Canedo J; Gomez Bravo M.A; Padillo Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El hepatoblastoma es el tumor maligno primario más frecuente en niños, pero es extremadamente extraño su diagnóstico en la edad adulta, habiendo descritos sólo 25 casos en la literatura internacional. Aproximadamente el 10% de los carcinomas hepatocelulares tiene como complicación una rotura espontánea, cuya evolución generalmente es fatal.

Material y métodos: Presentamos un caso atendido en nuestro centro, de shock hipovolémico por hemoperitoneo agudo secundario a la rotura no traumática de un hepatoblastoma.

Resultados: Mujer de 36 años de origen sudamericano, con hipotiroidismo subclínico y diagnosticada en estudio por molestias abdominales de tumoración hepática catalogada como adenoma de unos 2 cm de diámetro y 5 años de evolución, y en seguimiento en otro centro. Acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución localizado en hipocondrio derecho, sin otros síntomas acompañantes. A la exploración palidez mucocutánea, y abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación y sensación de masa de consistencia dura en hipocondrio derecho. En ecografía abdominal se visualiza lesión hepática muy vascularizada de 13cm de diámetro en lóbulo derecho y analítica sanguínea con anemia de 10,3g/L de hemoglobina. Ante la sospecha de sangrado de tumoración y la estabilidad clínica se decide realizar arteriografía en la que no se objetiva sangrado activo, por lo que se indica monitorización estrecha. Se prosigue con el estudio de la lesión, realizándose tomografía computerizada (TC) en la que se observa gran masa hepática de 13x12x10cm entre segmento IV y lóbulo derecho en íntimo contacto con arteria hepática derecha y vena cava inferior que comprime y desplaza vesícula biliar, cabeza de páncreas, antro gástrico y riñón derecho; signos de rotura a cavidad con líquido libre de aspecto hemático denso. A los 10 días de ingreso la paciente presenta importante deterioro con dolor abdominal brusco e hipotensión por lo que se realiza nuevo TC que pone de manifiesto nuevo episodio de sangrado y aumento del hemoperitoneo por el que se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante laparotomía en J

derecha se evacua hemoperitoneo y se realiza biopsia intraoperatoria sugestiva de hepatocarcinoma, por lo que se procede a realizar hepatectomía derecha ampliada al segmento IV, conservándose un 25% del volumen total hepático. La evolución postoperatoria fue favorable siendo alta al octavo día. El estudio anatomopatológico de la pieza fue informado como hepatoblastoma de tipo epitelial macrotrabecular de 12cm que no afecta a bordes de resección.

Conclusiones:

El hepatoblastoma es un tumor frecuente en los niños, pero extremadamente raro en los adultos. Existen 20 casos publicados con una mediana de edad de 45 años y un rango entre los 18 y los 82 años, y sólo un caso de ruptura con sangrado masivo. Compromete más frecuentemente el lóbulo derecho y suele manifestarse como masa abdominal asintomática; el dolor abdominal y la pérdida de peso suelen ser síntomas tardíos.

Actualmente se argumenta la desdiferenciación del hepatocito maduro como posible origen de la neoplasia en los adultos y se distinguen dos tipos histológicos: epitelial y mixto epitelioesquimal. En adultos es más frecuente el segundo tipo, pero una resección completa logra un 100% de supervivencia en el epitelial.

Es inusual la inestabilidad hemodinámica por rotura de tumor hepático. La intervención de urgencia fue precisa dado que el sangrado inestabilizó a la paciente y las medidas conservadoras habían fracasado.

El principal factor pronóstico es la resección quirúrgica completa, también importante el grado de actividad mitótica, el tipo histológico y los niveles plasmáticos de alfafetoproteína.

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. ¿Es posible reducir con seguridad la tasa de ingresos? Análisis comparativo de una serie de 1132 pacientes.

Docobo Durántez, F; Navas Cuéllar, JA; Jiménez Riera, AG; García Martínez, JA; Mena Robles, J; Padillo Ruiz, FJ. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiásica. La posibilidad de alta el mismo día o en 24 horas manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en al alta el mismo día o en las 24 horas de postoperatorio.

Material y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo iniciado en el año 1997 y cerrado en 2010, de 1302 pacientes intervenidos por colecistitis crónica litiásica no complicada y con criterios de selección para cirugía sin ingreso. La serie se conforma de 1132 operados y controlados a los 3 meses. Se establece un estudio comparativo entre 2 periodos: A) 1997-2002 de 306 pacientes y B) 2003-2010 de 826 pacientes. Se valoran comparativamente las características de los pacientes, tipo de anestesia y cirugía realizada. Tasa de ambulatorización. Causas de no alta el mismo día. Complicaciones. Anatomía patológica. Índice de satisfacción y resultados 3 meses.

Resultados: Sexo: en los 2 grupos mujeres mayoritario A) 247 (80.71%) y B) 663 (80.26%) p n.s. Edad: mayoritario A)

60-79 años: 129 (42.15%), y B) de 40-59: 323 (39.10%) p<0.05. Criterios ASA: Mayoritario A) ASA II 206 (67.32%) y B) 543 (65.73%) p<0.05. Anestesia general balanceada mayoritaria en ambos: A) 255 (83.3%) y B) 571 (69%) <0.05. Número trócares: (A) 4 en 271 (88.6%) B) 3 en 825 (99.8%) p<0.01. Tiempo medio cirugía: A) 39+/- 10 min B) 24+/- 7 min. Altas: A) CMA: 4 (1.31%); <23h: 186 (60.78%). B) CMA: 682 (82.5%); < 23 h: 129 (15.6%) p<0.001.

Índice de sustitución HD: A) 4 (1.31%); B) 682 (82.8%). Total 60.5%.

Causas de no alta CMA: Grupo A): 332. Síntomas: dolor 84, NV 69, disconfort 68, motivo social 48, conversión 33 (10.7%), otros 30. Grupo B): 150. Síntomas: Dolor 30, NV 25, disconfort 38, motivos sociales 40, conversión 11 (1.33%), otros 10.

Complicaciones mayores 8: 2 Hemoperitoneos (1 en cada grupo); 6 Coleperitoneos: 2 (0.6%) en A, 4 en B (0.4%).

Control 3 meses: Asintomáticos: A) 296 (96.73%); B) 815 (99.03%) p n.s. Estudio anatomopatológico: Colecistitis crónica: A) 244 (79.7%); B) 633 (76.63%) p n.s. Encuesta de satisfacción: Alta: A) 178 (58.16%) - B) 569 (68.88%). Satisfechos A) 117 (38.23%); B) 245 (29.66%), p<0.001

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio se realiza con seguridad y eficacia. Tiene resultados iguales o mejores que los realizados con una noche de estancia hospitalaria siempre que se establezca una adecuada selección de pacientes, una información pertinente, una técnica quirúrgica precisa y controles postoperatorios.

Colecistectomía laparoscópica. Resultados de una serie de 686 pacientes con alta en el mismo día.

Docobo Durántez, F; Navas Cuéllar, JA; Jiménez Riera, AG; García Martínez, JA; Mena Robles, J; Padillo Ruiz, FJ. Hospital Universitario Virgen del Rocío. SEVILLA

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiásica. La posibilidad de alta el mismo día manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en al alta el mismo día de postoperatorio.

Material y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo iniciado en el año 1997 y cerrado en 2010 de 1302 pacientes intervenidos por colecistitis crónica litiásica no complicada y con criterios de selección para cirugía sin ingreso. La serie se conforma con 686 pacientes operados, siendo alta el mismo día y controlados a los 3 meses. Se valoran las características de los pacientes, tipo de anestesia y cirugía realizada. Complicaciones. Anatomía patológica. Índice de satisfacción y resultados 3 meses.

Resultados: sexos: 543 mujeres (82%); 143 varones (18%). Edades: 20-39 años: 163 (23.7%); 40-59 años: 268 (39.2%); 60-79 años 255 (37.1%). Criterios ASA: ASA I: 154 (22.5%); ASA II: 453 (66%); ASA III: 79 (11.5%). Tipos Anestesia: Balanceada 491 (71.5%); TIVA 195 (28.4%). Número trócares: 3: 685 (99.7%); 4: 1 (0.3%). Tiempo medio cirugía: 24+/- 7 min. Control 3 meses: Asintomáticos: 684 (99.7%). Dolor en hipocondrio derecho: 2 (0.6%). Otros: diarrea: 1 (0.3%). Estudio anatomopatológico de pieza quirúrgica: Colecistitis crónica

563; colesterosis 75; adenomiosomatosis 43. Encuesta satisfacción: Muy satisfechos: 487 ? Satisfechos: 198 ? Dudaría: 1

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio se realiza con seguridad y eficacia, siempre que se establezca una adecuada selección de pacientes, una información pertinente, una técnica quirúrgica precisa y controles postoperatorios.

Colecistectomía laparoscópica en cirugía mayor ambulatoria: factores predictivos

M.García Avila, S.Vicente Jiménez, G.Krasniqi, C.López Gonzalez, C.Nieto Moral, Z.L.De Julian Cabrera-Fernandez, R. Gutierrez Romero, J.García Moreno

Hospital Virgen De la salud. Toledo

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica podría disminuir los recursos hospitalarios y ahorrar costes. Este estudio determina los factores predictivos influyentes en la selección de los pacientes para la colecistectomía laparoscópica en CMA.

Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de 362 pacientes, en los cuales se analizan factores como la edad, el sexo, el IMC, antecedentes clínicos, así como duración y hallazgos durante la intervención, para valorar la influencia de los mismos en la estancia media en régimen de CMA y los costes derivados de la asistencia.

Resultados: Del total de 362 pacientes estudiados, 289 son mujeres (80%) de los cuales fueron intervenidos en régimen de CMA el total de 85%.

Se dieron de alta el mismo día de la intervención el 42% con un IMC menor de 25; el 26% entre 25-30; el 16% con un IMC mayor de 35.

En cuanto a la edad, de los menores de 50 años no pernoctaron el 55% de los pacientes y el 45% en los mayores de 50 años.

Los pacientes que presentaron como antecedentes pancreatitis aguda (n=16, 5%) no precisaron pernoctar (n=12, %); en el caso de colecistitis aguda (n=32, 10%) no pernoctando (n=27, 8,6%).

La duración de la intervención en los pacientes operados en régimen de CMA fue menor de 55 minutos en 121 pacientes (33%) y mayor de 55 minutos en 195 pacientes (52 %).

Se produjo apertura de la vesícula accidental durante la intervención en 39 pacientes (12%) y precisaron de conversión 9 (3%), de los que pernoctaron el 3%.

Conclusión: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento que puede realizarse de forma segura en régimen de CMA, permitiendo una mayor eficiencia de los recursos sanitarios.

El estudio de los factores de riesgo determina que es más probable el alta el mismo día de la intervención en mujeres, pacientes con IMC<30, sin antecedentes personales de pancreatitis ni de colecistitis y en los que la duración de la intervención fue menor de 55 minutos.

Manejo laparoscópico de una fístula colecistocutánea

Jiménez Vega, FJ; Díaz Gómez, D; Márquez Muñoz, M; Lorente Herce, JM; Claro Alves, BM; Ruiz Juliá, M

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

La fístula colecistocutánea es una complicación muy rara de la colelitiasis en el mundo quirúrgico moderno, a causa del diagnóstico y del tratamiento precoz de esta enfermedad.

Presentamos un caso de un paciente diagnosticado de fístula colecistocutánea que se trató de forma completamente laparoscópica, realizándose colecistectomía y desconexión de fístula.

Revisión de colecistectomía laparoscópica en la ucma: experiencia en nuestro centro

Vicente jiménez S, García Ávila M, Gutierrez Romero R, García moreno FJ,

Hospital virgen de la salud de Toledo. toledo

Objetivos: Valoración de los resultados obtenidos en las colecistectomías laparoscópicas realizadas en la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo entre Enero 2004 y Diciembre de 2009.

Pacientes y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 362 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA en la UCMA del Complejo Hospitalario de Toledo.

Resultados: Del total de 362 pacientes intervenidos 289 eran mujeres (80%) y 73 varones (20%), con un IMC medio en mujeres de 25,36 y en hombres de 26,72. Como antecedentes personales habían presentado cólico biliar múltiple el 65% de los pacientes, seguido de colecistitis aguda 9% y cólico biliar único el 8%. Otros antecedentes menos frecuentes fueron: epigastralgia (5,8%), pancreatitis aguda litiásica (4%) e ictericia obstructiva (2%).

La duración media de la intervención en las mujeres fue de 64 minutos y en el varón de 69 minutos. Durante la intervención se produjo la apertura accidental de la vesícula en 47 pacientes (34 mujeres y 13 hombres), y precisaron conversión en 19 pacientes (5 mujeres y 14 varones).

Las complicaciones inmediatas supusieron el 15% (n=57): dolor con 11%, náuseas o vómitos el 2,7 %, Sangrado de herida quirúrgica con 9 pacientes, y otras como el íleo, GEA o seroma.

Un total de 312 pacientes (87%) fueron dados de alta en las primeras 24 horas y 45 (12%) precisaron más de una noche.

Precisaron traslado a hospitalización el 9 pacientes, asistencia al servicio de urgencias también 9 pacientes% con un reingreso tras el alta de 3 pacientes (por pancreatitis postquirúrgica, dolor intenso o sepsis).

Hubo que reintervenir a un paciente por pancreatitis postoperatoria.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica se puede realizar en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia, lo que permite reducir el tiempo de hospitalización de los pacientes, mejorando la relación coste/beneficio de dicha intervención.

Bazo errante complicado

Mansilla Roselló A, Olmos Juárez E, Turiño Luque JD, Paz Yañez A, Avella Vega J, Bustos Merlo A, Ferrón Orihuela, JA.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía de Urgencias. Hospital Universitario 2 Virgen de las Nieves V. Granada

Introducción: El bazo errante es una enfermedad muy rara provocada por la elongación y debilitamiento de los ligamentos que ayudan a mantener este órgano en su localización anatómica habitual. Su presentación es más frecuente en niños y mujeres entre los 20 y 40 años. La trombosis y/o torsión de su pedículo vascular puede provocar la presencia de una tumoración abdominal palpable y dolorosa. La ausencia de sintomatología hace difícil su diagnóstico en ausencia de complicaciones, aunque su sospecha diagnóstica se puede confirmar con las actuales técnicas de imagen. Presentamos un caso de esta enfermedad en una mujer joven.

Caso clínico: Paciente mujer de 36 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por síncope con pérdida de conciencia de 5 minutos. Refiere previamente dolor abdominal de unos 3 días de evolución, constante, de inicio brusco en epigastrio y que se generalizó en las siguientes horas, de intensidad creciente, junto con vómitos alimentarios y deposiciones diarreicas. No fiebre ni escalofríos. Exploración física al ingreso: TA:104/64 mm Hg, FC:91 lpm, TEMP:35.8°C. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación difusa y con defensa generalizada. Analítica: leucocitos: 19850 /mm³ (83% pnn); Hgb; 13,8 g/dL; LDH: 591 U/L; PCR:22.2. Ecografía y TAC abdominal: bazo de localización en hipogastrio con cambios inflamatorios y líquido libre en cantidad escasa (bazo errante complicado). Se realiza laparotomía urgente, en la que se evidencia el bazo en la localización descrita, congestivo y aumentado de tamaño. Su pedículo vascular, muy elongado, está torsionado con varias vueltas sobre su eje. La vena esplénica está totalmente trombosada. Se destorsiona el pedículo esplénico, a pesar de lo cual el órgano no recupera su vascularización, persistiendo los signos de isquemia, por lo que se realiza esplenectomía. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias, siendo dada de alta al tercer día. El estudio anatómopatológico se informó como infarto esplénico masivo.

Conclusiones: Debemos tener en cuenta el diagnóstico diferencial de bazo errante en casos de dolor abdominal de inicio brusco y masa palpable en pacientes jóvenes. Su diagnóstico y tratamiento se debe realizar precozmente con la finalidad de evitar la esplenectomía.

Tratamiento del síndrome linfoproliferativo postrasplante (SLPT)

Gutiérrez Moreno M, Bernal Bellido C, Marín Gómez LM, Suárez Artacho G, Álamo Martínez JM, Serrano Díaz-Canedo J, Gómez Bravo MA, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: En los pacientes trasplantados es mayor la incidencia de síndromes linfoproliferativos, 2.5% en adultos trasplantados renales y 1.6% en niños trasplantados hepáticos.

Se asocia en la mayoría de los casos a la infección del VEB, infección primaria adquirida a partir de un donante VEB +. Ciclosporina A y anticuerpos monoclonales antiCD3 (OKT3) son los inmunosupresores que más incrementan su riesgo de desarrollo, seguidos de tacrolimus y azatioprina; micofenolato es el de menor incidencia.

Diagnóstico diferencial: Ante el deterioro de la función hepática, comprobar primero los adecuados niveles sanguíneos de inmunosupresores y la no alteración de las vías biliares mediante estudios de imagen; la biopsia hepática diagnosticará rechazo del injerto, cuyo tratamiento sería aumento de la terapia inmunosupresora. En caso negativo, se sospecharía un tumor linfoproliferativo cuyo tratamiento es la disminución de los inmunosupresores.

Tratamiento: La quimioterapia empleada como terapia inicial o como terapia asociada a la reducción de la inmunosupresión (bien CHOP -ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona- bien quimioterapia basada en la antraciclina), debe emplearse en el SLPT como tratamiento de segunda línea, para aquellos pacientes que no hayan respondido a rituximab®. MMF potencia la acción de los agentes antiherpéticos (aciclovir, ganciclovir, penciclovir), por lo que puede tener efecto preventivo sobre esta patología. El uso de tacrolimus en pacientes pediátricos con trasplante renal ha demostrado no aumentar el riesgo. La sustitución de anticalcineurínicos por inhibidores de mTor en pacientes con trasplante renal parece asociarse a una regresión completa de SLPT, no demostrado en trasplantados hepáticos.

Discusión: varón de 64 años con serología positiva para CMV y negativa para VEB, trasplantado en 2008, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, MMF y prednisona. Debido a un cuadro de obstrucción intestinal, se diagnostica de masa retroperitoneal cuya biopsia operatoria denota linfoma inmunoblástico de células grandes tipo B. Se comprueba mediante PET-TAC la captación de una masa en mesogastrio con afectación retroperitoneal, varios nódulos hepáticos y nódulos pulmonares bilaterales; positividad de PCR-VEB (1800 copias). Cambio de tratamiento inmunosupresor: MMF, sirolimus (mTOR) y anticuerpos monoclonales anti-CD20 (Rituximab®). Mejoría clínica y analítica, negatividad mantenida de los niveles de PCR-VEB, y desaparición de las imágenes metabólicamente activas en PET.

Hepatocarcinoma fibrolamelar gigante

Alejandro J. Pérez Alonso; Tania Gallart Aragon; Rocío Molina Barea; Carlos Del Olmo Rivas; Jose Antonio Pérez Ramon, Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción y Objetivos: El hepatocarcinoma fibrolamelar es una entidad muy poco frecuente con características clínicas y patológicas propias, de presentación en adultos jóvenes, sobre todo en Europa y Norteamérica. Debido a su rara presentación, existen pocos casos descritos en la literatura que permitan una evaluación apropiada de estos pacientes.

Material y Metodos: Presentamos el caso de una paciente de 19 años de edad, que acude al servicio de Urgencias por notarse una tumoración en epigastrio de varios días de evolución. No presentaba antecedentes de alcoholismo, consumo

de drogas ni medicamentos, hepatitis virales ni factores de riesgo para hepatocarcinoma. Durante la exploración se evidencia hepatomegalia de 7 traveses de dedo. Se realiza un TAC con contraste que informa de múltiples lesiones ocupantes de espacio que afectan los segmentos 4,5,6 y 7, con una tumoración de mayor tamaño de 22 cm de diámetro, heterogénea, con áreas hipertensas e hipodensas. Los marcadores tumorales, así como las serologías virales fueron negativas.

Resultados: Se sometió a una resección quirúrgica que consistió en hepatectomía derecha ampliada junto con linfadenectomía portal. A los 6 meses de seguimiento, se evidenció una recurrencia de la lesión en el remanente hepático, de 6 centímetros de diámetro. Por ello se presentó a la paciente como candidata a trasplante hepático dadas las características patológicas e histológicas del HCC fibrolamelar, y la ausencia de metastasis a distancia y de afectación peritoneal. Cuatro meses después fue receptora de un donante de 47 años por muerte accidental. Hasta el momento actual (13 meses después) no presenta complicaciones ni recidivas.

Conclusiones: El HCC-FL tiene una incidencia entre el 1-9 % del total, sin identificarse ningún factor de riesgo asociado. Dada su presentación en adolescentes y sus características histológicas, requieren un tratamiento rápido y agresivo, a través de la resección quirúrgica (80%) o el trasplante hepático (6%).

Esplenectomías por hemopatías. A propósito de dos casos.

C. González Callejas, M. Zurita Saavedra, D. Rodríguez Morillas, M. López-Cantarero Ballesteros, J.A. Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: presentar la utilidad de la esplenectomía en los casos de hemopatías que cursan con hiperesplenismo y gran esplenomegalia a través de dos casos clínicos.

Material y métodos: Caso 1. Paciente mujer de 62 años de edad con antecedentes personales de un síndrome mieloproliferativo que es derivada a consulta de Cirugía por molestias abdominales de un mes de evolución en hipocondrio izquierdo. A la exploración abdominal presenta esplenomegalia de cinco traveses de dedo. Desde el punto de vista hematológico presenta cifras de leucocitosis muy elevadas y plaquetas de 35.000 por lo que requiere transfusiones sanguíneas de forma periódica. Es intervenida encontrándose un bazo de unos 25x15 cms y 2.230 Kg de peso y realizándose esplenectomía de forma reglada. La paciente presentó una mejoría sintomática y de las cifras de plaquetas. Caso 2. Paciente mujer de 18 años de edad con antecedentes personales de esferocitosis hereditaria y cólicos biliares de repetición que acude a consulta de Cirugía derivada desde el Servicio de Hematología por molestias abdominales y valoración de colecistectomía y esplenectomía electivas. A la exploración la paciente con ictericia franca y esplenomegalia de unos tres traveses de dedo. Análiticamente marcada anemia microcítica. Es intervenida encontrándose colelitiasis y esplenomegalia y realizándose colecistectomía y esplenectomía tras las cuales presenta remisión completa de la sintomatología.

Resultados y conclusiones: la práctica quirúrgica en el caso de enfermedades hematológicas requiere una estrecha cola-

boración entre el hematólogo y el cirujano. La esplenectomía está indicada según la hemopatía siempre y cuando exista esplenomegalia que condiciona hiperesplenismo.

Metástasis pancreática aislada en el cáncer de colon. ¿es la resección quirúrgica una alternativa en el momento actual?

León Díaz Francisco Javier, Sánchez Pérez Belinda, Fernández Aguilar José Luis, Pulido Roa Isabel, Becerra Ortiz Rosa, Pérez Daga José Antonio, Suárez Muñoz Miguel Ángel, Santoyo Santoyo Julio.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Las lesiones metastásicas pancreáticas suponen el 2% de toda la patología maligna de este órgano¹, siendo el carcinoma de células renales el tumor primario más común². Las razones que pueden explicar este hecho son, entre otras, la sensibilidad de las diferentes exploraciones complementarias, la definición de programas de seguimiento oncológico y el manejo de una terapéutica médico-quirúrgica más agresiva.

En el cáncer colo-rectal, la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad reseccable, al igual que ocurre en las metastasis hepáticas y pulmonares³. En la actualidad, diferentes estudios con carácter retrospectivo^{4,5}, han puesto de manifiesto el beneficio para estos pacientes tras la realización de la metastasectomía. No debemos olvidar la necesidad de una adecuada selección de pacientes y unos óptimos márgenes de resección con una preservación de remanente pancreático suficiente, sin olvidar que toda esta cirugía de alta complejidad debe realizarse en centros de referencia.

Métodos: Describimos el caso de un varón de 65 años de edad estudiado por el Servicio de Digestivo por presentar desde hace tres meses cuadro de dolor abdominal difuso de carácter continuo asociado a pérdida de peso. Destacar en colonoscopia evidencia que a nivel de ángulo hepático existe lesión mamelonada, friable y estenosante que impide el paso, tras toma de biopsias se nos informa de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado, infiltrante. En la TAC se describe lesión sólida en cuerpo pancreático de 35 mm, de contornos irregulares, que engloba la vena esplénica; sospecha de posible metastasis.

Entre los hallazgos intraoperatorios se encuentran tumoración a nivel de ángulo hepático de colon y se confirma mediante ecografía intraoperatoria se la existencia de una única lesión pancreática. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada oncológica junto a linfadenectomía extensa de vasos mesentéricos superiores y posterior pancreatectomía corporo-caudal junto a esplenectomía.

El resultado de la anatomía patológica nos informa de adenocarcinoma de colon tipo común moderadamente diferenciado que infiltra tejido adiposo periintestinal, metastasis ganglionares en territorio de ileocecoapendicular, colica derecha y vasos mesentéricos superiores. La pieza de pancreatectomía informada metastasis pancreática de adenocarcinoma.

Discusión: Las metastasis pancreáticas son asintomáticas en más del 50%, siendo diagnosticadas bien en el seguimiento tras resección del tumor primario o de manera incidental durante el estudio de extensión previo al acto quirúrgico. La

efectividad de la metastasectomía pancreática depende de la biología del cáncer primario, siendo el mejor predictor de supervivencia a largo plazo. Los mejores resultados se asocian al carcinoma de células renales, frente a los peores que se han obtenido en el cáncer de pulmón y el melanoma. El tumor primario más común es el de células renales, seguido del cáncer colorrectal, melanoma, sarcoma y cáncer de pulmón.

No existen estudios aleatorizados y de un tamaño muestral suficiente que hayan analizado directamente el papel de la metastasectomía pancreática en el cáncer colorrectal. En la revisión⁶ que hemos aportado nos informa que el cáncer colorrectal suponía el 8% del total de tumores primarios que fueron sometidos a resección pancreática, representando diecinueve pacientes. Se encontró que en los pacientes en los que se había realizado metastasectomía pancreática la supervivencia a los cinco años era similar a la metastasectomía hepática o pulmonar, en un rango entre 27 y 58% junto a una mediana de supervivencia de 54 meses (rango 12-105).

No debemos olvidar que la cirugía pancreática se asocia a una importante morbi-mortalidad. En la revisión señalada nos informa de una morbilidad entre el 38-48% con una mortalidad entre el 2-3%; Podemos obtener la conclusión que los resultados son similares a los obtenidos en cirugía pancreática por lesión primaria.

Por todo lo anteriormente mencionado debemos hacer una adecuada selección de pacientes, que serán sometidos a cirugía. Esta decisión debe ser consensuada por un equipo multidisciplinar. Como criterios de selección se deben resaltar: tumor primario asociado a resultados favorables, la inexistencia de recidiva local, el diagnóstico de una única metástasis pancreática, la reseccabilidad de la lesión metastásica y paciente con capacidad de tolerar pancreatomectomía.

En cuanto a la elección del tipo de cirugía mencionar que existen autores que preconizan las resecciones pancreáticas estándares, frente a resecciones atípicas, por el riesgo de recurrencia. Sin embargo, la tendencia actual es a enfatizar el adecuado estudio del páncreas para descartar múltiples lesiones más que la cirugía a realizar; de ahí el papel importante de una adecuada movilización de todo el páncreas, cuidadosa palpación y la realización de ecografía intraoperatoria que nos informará del número de lesiones y la relación respecto al conducto pancreático principal. La realización de linfadenectomía peripancreática está en controversia, existiendo revisiones con diferentes tumores primarios donde nos informa de la ausencia de afectación ganglionar frente al 30% de algunos estudios.

La indicación de resección simultánea del tumor primario y la metastasectomía pancreática no está clara, aunque parece que en todo paciente con capacidad para tolerar el acto quirúrgico estaría indicado. En pacientes con importante comorbilidad una alternativa sería la resección del tumor primario y posterior tratamiento adyuvante.

Conclusión: Como conclusión señalar que en el cáncer colo-rectal, la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad reseccable, al igual que ocurre en las metástasis hepáticas y pulmonares. En la actualidad, diferentes estudios con carácter retrospectivo, han puesto de manifiesto el beneficio de la resección pancreática por metástasis aisladas de cualquier neoplasia. No debemos olvidar la necesidad de una adecuada selección de pacientes y unos óptimos márgenes

de resección con una preservación de remanente pancreático suficiente. Mencionar que toda esta cirugía de alta complejidad debe realizarse en centros de referencia, ofreciendo así al paciente los mejores resultados posibles.

Bibliografía:

1. Z'graggen K, Fernández-del Castillo C, Rattner DW, Sigala H, Warshaw AL. Metastases to the pancreas and their surgical extirpation. *Arc Surg*1998; 133: 413-417; discussion 418-419.
2. Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, Pessaux P, Arnaud JP, Carretier M. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol* 2001; 165: 20-22.
3. Lee WS, Yun HR, Yun SH, et al. Treatment outcomes of hepatic and pulmonary metastases from colorectal carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 367-72.
4. Reddy S, Wolfgang CL. The role of surgery in the management of isolated metastases to the pancreas. *Lancet Oncol* 2009; 10: 287-93.
5. Zerbi A, Pecorelli N. Pancreatic metastases: An increasing clinical entity *World J Gastrointest Surg* 2010 August 27; 2 (8) :255-259.
6. Reddy S, Edil BH, Cameron JL, et al. Pancreatic resection of isolated metastases from non-pancreatic primary cancers. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 3199-206

Hemobilia: a propósito de un caso

Rocio Molina Barea, Alejandro Jose Perez Alonso, Tania Gallart Aragon, Cristina Gonzalez Callejas, Jose Carlos Hermoso Torres, Jesus Garcia Rubio, Saturnino de Reyes Lartegui, Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario Clinico San Cecilio. Granada

Introducción: La hemobilia se define como la hemorragia dentro de los conductos biliares; ocasionada, por una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares, debido a traumatismos, desórdenes inflamatorios, infecciones, coledocitis, tumores o alteraciones de la coagulación.

Presentamos caso inusual de colecistitis aguda secundaria a hematoma intravesicular.

Material y métodos: Varón de 70 años con antecedentes de FA crónica en tratamiento con sintrom, DM, HTA, estenosis aórtica que acude al servicio de urgencias por dolor en hipocostado derecho de dos días de evolución, sin ictericia aunque con coluria y asociado a fiebre termometrada de 38°C. A la exploración física se evidencia dolor a la palpación de hipocostado derecho con defensa a ese nivel, Murphy positivo y sin otro signo de interés.

En su analítica destaca la presencia de leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina normal, coagulación alterada con actividad de protrombina del 16%.

Ecografía refleja vesícula distendida, con triple capa, sin imágenes sugerentes de litiasis, hígado, riñones y área esplénica sin hallazgos de interés.

Se ingresa y tras la normalización de la coagulación se indica laparotomía urgente.

Tras incisión subcostal derecha se encuentra plastrón perivesicular organizado con colección hemática del lecho hepático que se drena, colecistitis gangrenosa que se punciona y se extrae material hemático. Se realiza colecistectomía retrograda

con CIO y exploración de la vía biliar principal. Se deja colocado un drenaje tipo pensose y tubo de Kehr. Se abre pieza quirúrgica evidenciando un coágulo en infundíbulo.

Resultado: El postoperatorio cursó con normalidad, al 2º DPO se comenzó tolerancia al 6º DPO se retira el drenaje por débito escaso y el 7º DPO se procede al alta hospitalaria.

Aproximadamente al mes de la intervención se realiza CRNM sin evidenciar cálculos ni patología en VVBB. Ante este hallazgo se procede a la retirada del tubo de Kehr sin complicación posterior. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

La anatomía patológica informa de vesícula biliar con signos de colecistitis crónica.

Discusión: La hemobilia es una afección poco común que en la actualidad principalmente asociadas a los procedimientos realizados en el hígado y los conductos biliares. Puede ser debida también por cálculos, tumores, y colecistitis aguda o crónica, que producen ulceraciones y necrosis de la mucosa o la erosión directa. La bilis tiene una acción lítica que aumenta la duración de la lesión. Los síntomas típicos incluyen ictericia, dolor abdominal y hemorragia digestiva.

En nuestro caso destaca varios hechos: el cuadro clínico sugería como primera opción una colecistitis aguda; no ha sido causa de procedimientos traumáticos que es lo más frecuente y no debutó con la triada sintomática típica.

Evolución del Abordaje Quirúrgico de la Colecistitis Aguda en la Unidad de Cirugía de Urgencias del Hospital Virgen Macarena

JA. Díaz Milanés, ML Reyes, J. López Ruiz, J. Valdes, A. Curado, J. Cintas, M. Dulanto, JM Ortega, F. Oliva

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Apto. Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivo: El objetivo del estudio fue valorar la aplicabilidad, seguridad, beneficios y complicaciones específicas del abordaje laparoscópico en pacientes con colecistitis aguda, así como la evolución y desarrollo de dicho abordaje quirúrgico en la Unidad de Cirugía de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena, en comparación con el abordaje laparotómico.

Materiales y método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo y observacional de 354 pacientes con cuadros de colecistitis aguda intervenidos quirúrgicamente por vía abierta o laparoscópica, durante un periodo de cuatro años (2006-2009). Las variables estudiadas han sido: sexo, edad, año de la intervención, estado anatomopatológico de la vesícula biliar, estancia media hospitalaria, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Resultados: Desde Enero del 2006 hasta Diciembre del 2009 se trataron quirúrgicamente 354 colecistitis aguda. 253 se sometieron a abordaje laparoscópico, mientras que 101 a vía abierta o clásica. Se observó un predominio del sexo masculino (57,67 %) y una edad media de 62,83 años.

El número de pacientes intervenidos por vía laparoscópica ha pasado del 60 % en el 2006, al 79 % en 2009. La estancia media (englobando las colecistitis complicadas y no complicadas) hablan a favor del abordaje laparoscópico frente al abierto (mostrando una diferencia de aproximadamente 6 días); en el

caso de colecistectomía laparoscópica a su vez ha disminuido de 7 días en el 2006 a 5,5; por el contrario, en el abordaje clásico ha permanecido estable. Las complicaciones postoperatorias a lo largo de estos cuatro años en la vía laparoscópica también han experimentado un descenso, pasando de un 21,42% a 11,3 %; siendo la principal causa la lesión de la vía biliar (predomina fístula biliar) seguida de infección respiratoria. Las complicaciones locales y globales se correlacionaron significativamente con el retraso entre el inicio de los síntomas agudos y la cirugía, así como con el estado anatomopatológico de la vesícula biliar.

Conclusiones: Podemos concluir que en nuestro servicio el abordaje laparoscópico es cada vez más empleado y con resultados cada vez más satisfactorios. De este modo se ha convertido, gracias a la menor estancia hospitalaria, menos complicaciones y una pronta incorporación del enfermo a la vida laboral, en la primera opción de abordaje siempre que las condiciones del paciente lo permitan.

Metástasis vesicular secundaria a tumor renal.

F.J. del Rio Lafuente, P. Fernández Zamora, F. del Rio Marco.

Hospital Universitario Virgen Macarena -SEVILLA, Hospital Universitario Miguel Servet- ZARAGOZA.

En la mayoría de los casos los tumores de la vesícula biliar son primitivos. La invasión metastásica de este órgano es rara y la mayoría de las veces secundaria a melanoma o a neoplasias de páncreas, de estómago, colon o mama. De otra parte, la diseminación maligna de un tumor renal afecta sobre todo a pulmón, huesos, hígado y suprarrenales. La invasión de la vesícula biliar por estos tumores es por vía hematogena y es en la submucosa donde asientan. Los avances en las pruebas diagnósticas radiológicas facilitan el descubrimiento de estas lesiones.

Caso clínico: En Junio de 2009, un varón de 69 años acude al Servicio de Urología por hematuria macroscópica. La urografía, complementada con la ecografía renal, pone de manifiesto la existencia de un proceso expansivo en polo superior de riñón izquierdo, de unos 8 cm de diámetro. La TAC abdominal mostró una neovascularización anárquica del tumor. Se realizó nefrectomía ampliada y el análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de cáncer renal de células claras de grado III, con adenopatías de hilio renal y metástasis en suprarrenal izquierda. Se instauró tratamiento quimioterápico y hormonoterapia.

En Enero de 2010, un control ecográfico descubre la existencia de una masa intravesicular, polipoidea, de 19x16 mm., de estructura heterogénea. La TAC con contraste, muestra una neovascularización anárquica de la lesión vesicular que recuerda la del tumor renal. Se realiza colecistectomía y el estudio anatomopatológico informa de metástasis de células claras de origen renal.

En Octubre de 2010, un nuevo control revela la existencia de 3 metástasis en riñón derecho y adenopatías retroperitoneales y mesentéricas.

El paciente falleció en Enero de 2011.

Conclusiones: Las metástasis vesiculares de origen renal son muy raras. La sintomatología clínica es diferente, en nuestro

caso no existía ninguna sintomatología biliar. La ecografía y la TAC permiten el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico depende del grado de difusión del tumor, edad del paciente y estado general.

Colangiocarcinoma Fibrolamelar

Jorge J, Paz A, M-Granero K, Villegas T, Becerra A, Garrote D, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Reportar 2 casos de Hepatocarcinoma Fibrolamelar (CHCF) intervenidos en nuestro servicio en el último año.

Casos clínicos: Caso: Mujer de 17 años con clínica de molestias abdominales en hipocondrio derecho y sensación de masa. Se le realizó una TAC que informó de lesión de 15x13cm de diámetro, en lóbulo hepático derecho y nódulo en segmento IV. La punción hepática informó de HCHF. Se realizó resección hepática atípica de los segmentos V, IVb y III (figura 1). La evolución postoperatoria fue favorable procediendo al alta al quinto día. A los 8 meses, en TAC de control, se aprecia la existencia de un nódulo sólido con necrosis central, de 3cm en espacio portocava sugestivo de adenopatía metastásica. El hígado no presentaba signos de extensión tumoral. Se realizó linfadenectomía del hilio hepático, evidenciando 3 nódulos macroscópicamente tumorales. Se realizó ecografía hepática intraoperatoria, mostrando lesiones compatibles con metástasis en segmentos II-VI-VII y VIII superficiales, y otra en seg VII intraparenquimatosa (figura 2). Se realizó radiofrecuencia en la lesión intrahepática y exéresi

s quirúrgica del resto. Se procedió al alta al cuarto día tras una buena evolución, pero reingresó por un coleccionamiento a segmento VI, necesitando drenaje percutáneo.

Caso 2: Varón de 43 años con antecedentes de HTA. Historia de dolor en hipocondrio derecho de semanas de evolución. La TAC evidenció una tumoración de 10cm que ocupaba la mayor parte del lóbulo hepático derecho. Se intervino realizando hepatectomía derecha y linfadenectomía del hilio hepático. El informe patológico informó de HCHF con infiltración adenopática del hilio. Tras 5 meses de seguimiento, se sospechó carcinomatosis peritoneal mediante TAC. Se intervino, confirmando los hallazgos y se realizó una peritonectomía en los cuatro cuadrantes, resección parcial de vejiga, sigmoidectomía y exéresi de vasos espermáticos, todos ellos afectados por implantes peritoneales. No hubo complicaciones postoperatorias. La sonda vesical se retiró a las 4 semanas sin incidencia. Actualmente se encuentra en tratamiento con soratenib.

Conclusiones: La variedad fibrolamelar del carcinoma hepatocelular representa una situación clínica infrecuente que afecta a adolescentes y adultos jóvenes, es frecuentemente metastásica al momento del diagnóstico y su tratamiento es quirúrgico.

La supervivencia a largo plazo dependerá de la calidad de la resección, del estadio tumoral y de la presencia de compromiso linfonodal. Más de la mitad de los pacientes con sobrevidas alejadas recurrirán y requerirán de uno o más procedimientos quirúrgicos resectivos adicionales. La administración de sorafenib prolonga la supervivencia y el tiempo de progresión de enfermedad en aproximadamente 3 meses.

Leiomioma vesicular como diagnóstico diferencial de neoplasias de vesícula biliar

J.J. Segura Sampedro, M.D. Casado Maestre, I. Ramallo Solís, V. Sojo Rodríguez, C. Jordán Chaves, J.A. Navas Cuéllar, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, M.A. Gómez Bravo, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las neoplasias mesenquimales de vesícula biliar son una patología muy poco frecuente de las que la mayor parte consisten en sarcomas.

Se describe el caso de un leiomioma vesicular en una mujer de 23 años con una historia de epigastralgiyas de evolución y un primer diagnóstico guiado por imagen de quiste hidatídico. La vesícula fue extirpada mediante colecistectomía simple. La paciente presenta buen estado general y permanece asintomática 3 meses después de la cirugía.

La paciente carece de historia de leiomioma uterino, cualquier otra neoplasia o signos de inmunodeficiencia.

Caso clínico: Mujer de 23 años estudiada por episodios de epigastralgia de 4 o 5 meses de evolución sin relación con la ingesta que mejoran tras emesis

En la TAC de abdomen se objetiva imagen es compatible con quiste hidatídico sin descartar en su diagnóstico diferencial la posibilidad de hemangioma parcialmente calcificado. La imagen de la vesícula es de numerosas microlitiasis sin signos inflamatorios.

Se programa colecistectomía más quistoperiquistectomía con diagnóstico de presunción de quiste hidatídico más colelitiasis. Se realiza abordaje mediante laparotomía subcostal derecha. Se objetiva vesícula biliar con tumoración intravesicular de consistencia pétrea que no infiltra parénquima hepático. Mediante biopsia intraoperatoria de la masa se diagnostica como angiomioma vesicular benigno, por lo que se procede a realizar colecistectomía simple, que incluye la totalidad de la masa tumoral. El postoperatorio fue favorable, transcurriendo sin incidencias.

La histología y el estudio inmunohistoquímico concluyeron el diagnóstico de Leiomioma intramural y endocavitario con calcificaciones y osificación distrófica, de carácter benigno sin infiltrar parénquima hepático. La muestra fue negativa para VEB y C-Kit / CD-117.

En la actualidad, la paciente se encuentra asintomática sin recidiva de la enfermedad.

Discusión: Los leiomiomas son tumores benignos del músculo liso que asientan en su mayoría sobre tracto genital femenino (95%). No obstante, pueden desarrollarse allí donde existan fibras musculares lisas. En casos en que la lesión aparece de forma solitaria, su pronóstico es excelente, especialmente si se logra la exéresi completa.

Hasta el momento sólo se ha descrito en la literatura inglesa un caso de leiomioma vesicular solitario en estudios previos de neoplasias benignas de vesícula.

La frecuencia de los tumores mesenquimales benignos de vesícula sigue siendo desconocida. Entre las estirpes histológicas descritas en tumores benignos de vesícula se encuentran paragangliomas, neurofibromas, pólipos, GIST y otras lesiones, todas ellas de carácter infrecuente. La incidencia de

sarcomas de vesícula biliar se estima alrededor del 2%. El diagnóstico diferencial del leiomioma vesicular incluye, leiomiomasarcoma, tumores estromales extra-gastrointestinales y otros tumores mesenquimales. Es necesario el estudio del tejido mediante biopsia (generalmente tras realizar colecistectomía) para así establecer el diagnóstico definitivo y excluir así la posibilidad de leiomiomasarcoma y otros sarcomas.

Los tumores de músculo liso asociados a VEB (Virus de Epstein-Barr) representan otra entidad patológica a descartar en el diagnóstico diferencial de tumores de músculo liso en vesícula. Al contrario que el caso que nos ocupa estos casos suelen asociarse a inmunodeficiencias y afectar a múltiples órganos con varios focos.

Conclusión: Por tanto, el leiomioma debería ser incluido en el diagnóstico diferencial de los tumores vesiculares y debe diferenciarse del leiomiomasarcoma y de los tumores estromales gastrointestinales.

En casos de leiomioma en vesícula biliar, la colecistectomía laparoscópica es un tratamiento efectivo y suficiente estando indicada previa confirmación histológica.

Tratamiento médico de la colecistitis aguda: nuestra experiencia (2005-2010).

Paz Yáñez, Alejandro; Jorge Cerrudo, Jaime; Mansilla Roselló, Alfonso; Turiño Luque Jesús Damian; Gil Loza, Susanna; Torres Alcalá, Jose Tomas; Carrasco Muñoz, Manuel Fabian, Ferrón Orihuela, Jose Antonio.

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

Introducción: A pesar de que la colecistectomía laparoscópica en las primeras 48-72 horas es el tratamiento de elección de la colecistitis aguda, existe un porcentaje de pacientes que, por sus comorbilidades y el consecuente riesgo quirúrgico, son candidatos a tratamiento médico. Mediante esta comunicación presentamos un análisis de los pacientes tratados de forma no quirúrgica en nuestro servicio desde 2005 a 2010.

Material y métodos: Se han analizado de forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico al alta de colecistitis aguda ingresados en nuestro servicio en el período comprendido entre Enero de 2005 y Diciembre de 2010. Se han tenido en cuenta variables epidemiológicas (sexo, edad), comorbilidades (enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, hepatopatía, nefropatía, obesidad mórbida, dislipemia, diabetes y antecedentes de neoplasia), estancia hospitalaria y mortalidad. Una vez recogidos los datos, se ha realizado un estudio bivariante para comprobar la relación de la mortalidad de los distintos factores mediante SPSS 16.0. Se consideró como estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: 1105 pacientes con diagnóstico colecistitis aguda fueron registrados en el período de estudio, de los cuales 67 (6,06%) se trataron de forma médica. De ellos, 36 (53,7%) eran varones y 31 (46,3%) mujeres. La edad media de los pacientes fue de 77,28 años (71-101).

La estancia media hospitalaria de los pacientes no intervenidos fue de 7,13 días (0-28). La tasa de mortalidad fue de 29% (20 pacientes).

El análisis bivariante no demostró relación estadísticamente significativa entre la mortalidad con respecto a las siguientes

variables (test exacto de Fisher): sexo ($p=0.772$), enfermedad cardiovascular ($p=0.349$), enfermedad respiratoria ($p=0.522$), diabetes ($p=1$), hepatopatía ($p=1$), antecedentes de proceso neoplásico ($p=1$), nefropatía ($p=0.382$), obesidad mórbida ($p=0.576$), dislipemia ($p=0.186$).

Con respecto a la edad, las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas (t student, $p=0.002$), obteniéndose una odds ratio(OR)=1,162 (IC 95%: 1,051-1,285).

Conclusiones: La edad ha sido el único factor que ha demostrado relación estadísticamente significativa con respecto a la mortalidad, obteniéndose el dato de que por cada año que aumenta la edad hay un 16% más de probabilidades de exitus.

Asimismo, se ha podido observar una alta tasa de mortalidad (29%) lo que se puede explicar al tratarse de un subgrupo de pacientes añosos con escasa reserva funcional y con muchas comorbilidades.

Por último, cabe destacar el escaso porcentaje (6,1%) de pacientes que se excluyen de una intervención quirúrgica urgente, debido al convencimiento generalizado de que la colecistectomía urgente es el tratamiento de elección.

SCASEST y colecistitis enfisematosa

Jorge J, Paz A, Álvarez MJ, Turiño J, Gil S, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Presentamos un caso de colecistitis enfisematosa, una variante poco frecuente de colecistitis aguda, en el contexto de un síndrome coronario agudo, que merece atención por su potencial didáctico.

Paciente y método: Varón de 63 años con antecedentes de Diabetes Mellitus y obesidad grado I (IMC 31). Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por un cuadro síndrome coronario agudo sin elevación del ST, que requirió stent en la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda. A las 24 horas del procedimiento comenzó con dolor cólico en hipocondrio derecho sin elevación de los parámetros analíticos de sepsis. Tras una ecografía abdominal que apreciaba colelitiasis pero descartaba colecistitis aguda, se instauró tratamiento antiinflamatorio. Se realizó una TAC abdominal (figura 1 y 2) por persistencia del cuadro, evidenciando una colecistitis enfisematosa asociada a neumatosis de pared vesicular y portal periférica. Se decidió colecistectomía con carácter urgente, a pesar de estar doblemente antiagregado y anticoagulado (figura 3).

Resultados: El paciente evolucionó satisfactoriamente con inicio de dieta oral a las 24 horas de la intervención. Se valoró el alta por parte de UCI, Cirugía y posteriormente Cardiología, tras 8 días de ingreso.

Conclusiones: Esta entidad está asociada a la diabetes y a patología vascular. Los procesos cardíacos isquémicos agudos pueden incrementar el riesgo de colecistitis aguda. La fisiopatología está en relación con procesos isquémicos y la producción de gas por parte de patógenos como Clostridium perfringens, Klebsiella y Escherichia coli. El diagnóstico se basa en la clínica y la radiografía de abdomen. La TAC puede ayudar a evaluar patología ductal asociada o la perforación de la vesícula. El tratamiento es la colecistectomía urgente. La colecistostomía percutánea asociada a la antibioticoterapia puede ser una alternativa para pacientes críticos.

Drenaje ectópico de la vía biliar principal en el bulbo duodenal

Guerra Bautista JA., Martín Guerrero JM, Moalla Massa AK., Muñoz Boo JL., Hernández Ollero ME.

Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: El drenaje anómalo de la vía biliar en la primera porción duodenal es una entidad excepcional, cuya incidencia real se desconoce pero suele ir sistemáticamente asociada a enfermedad péptica duodenal, y colestasis frecuente. Requiere de varias condiciones estrictas para su correcto diagnóstico. Presentamos un caso de colangitis aguda de repetición por este motivo resuelta por métodos endoscópicos

Caso clínico: Paciente de 63 años diagnosticado de estenosis duodenal de origen péptico hace 12 años. Presenta desde hace 2 años episodios cuatrimestrales de colangitis aguda por probable coledocolitiasis. Tras ERCP ineficaz por la estenosis conocida, se procede a colecistectomía y colangiografía intraoperatoria que objetiva el colédoco discretamente dilatado con afinamiento distal, ausencia de cálculos en vía biliar principal y buen vaciado a duodeno. El postoperatorio cursa con la misma clínica previa, practicándose test de ureasa, que es positivo, y EGD baritado que demuestra reflujo ascendente de contraste a nivel de bulbo duodenal deformado hacia vía biliar. La endoscopia con gastroscopio (el duodenoscopio no progresa) demuestra salida de bilis a dicho nivel, sin papila, que obliga descartar fístula biliodigestiva. Tras tratamiento erradicador de *H. Pylori* se practica ERCP que permite canalización del orificio biliar ectópico en bulbo y demuestra ausencia de papila en resto de tramos duodenales. Tras dilatación endoscópica sin esfinterotomía se extraen 2 cálculos milimétricos, estando el paciente asintomático hasta la fecha.

Discusión: La VBP desemboca típicamente en la pared posteromedial de la segunda porción del duodeno tras un trayecto oblicuo intramural de 1 a 2 cm. En la mayoría de casos de desembocadura ectópica, ésta se produce en la tercera o cuarta porción. La aparición en la primera porción o bulbo es excepcionalmente infrecuente. El origen de dicha malformación parece presentarse durante la embriogénesis por una elongación desproporcionada y una prematura subdivisión de la hendidura hepática antes de formarse los conductos hepático y cístico. Afecta mayoritariamente a hombres con edad media de 51 años. Generalmente se asocia a otras alteraciones como dilatación de la VB extrahepática (83%), elevación de transaminasas (73%), coledocolitiasis (56%), y colangitis (39%), relacionados todos ellos con el reflujo enterobiliar por la ausencia o pobre desarrollo del esfínter de Oddi. La frecuente asociación a enfermedad péptica duodenal (72%) se atribuye al contacto crónico con los ácidos biliares de la mucosa duodenal que en el bulbo posee metaplasma gástrica y que puede agravarse con el vertido del jugo pancreático. El diagnóstico correcto se realiza por ERCP y precisa del cumplimiento de tres criterios: visualización y canalización contrastada del orificio, ausencia de drenaje biliar en ninguna otra porción del duodeno aparte del bulbo, y no evidencia de estructura papilar en 2ª ó 3ª porción duodenal. Como hallazgo prácticamente constante en la colangiografía se aprecia una VBP de aspecto cónico y con final en forma de gancho. El conducto

pancreático no suele estar alterado y no suele existir clínica de pancreatitis. El diagnóstico diferencial debe realizarse con fístula bilioentérica espontánea, secundaria a enfermedad péptica o coledocolitiasis, o yatrógena, y con causas de enfermedad péptica recurrente o intratable. El tratamiento clásico ha sido la derivación biliodigestiva quirúrgica, aunque actualmente se ha comunicado una alta tasa de éxitos con la dilatación endoscópica con balón, no recomendándose la esfinterotomía por la fragilidad de la desembocadura ectópica que incrementa ostensiblemente el riesgo de perforación o hemorragia sobre todo si el tratamiento debe de acompañarse de la extracción de cálculos coledocianos.

Ascaris Lumbricoides como factor etiológico de tumor inflamatorio de páncreas

J.J. Segura Sampedro, M.D. Casado Maestre, C. Jordán Chaves, I. Ramallo Solís, V. Sojo Rodríguez, J. Cañete Gómez, L.M. Marín Gómez, J.M. Álamo Martínez, M.A. Gómez Bravo, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La infección por *ascaris lumbricoides* en nuestro medio es anecdótica y suele estar relacionado con viajes a áreas de alta endemicidad como la India y Sur-América. La afectación biliopancreática por este parásito es infrecuente y una de las complicaciones más temidas. En la literatura hay escasas publicaciones acerca de la afectación pancreática en la ascariasis. Presentamos un caso clínico de ascariasis pancreática diagnosticado tras duodenopancreatectomía cefálica por sospecha de adenocarcinoma pancreático

Caso clínico: Varón de 58 años que consulta por un cuadro clínico de dolor abdominal de largo tiempo y diarrea. Se realiza tomografía computarizada, endoscopia, RNM y ecoendoscopia con toma de citología por PAAF con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma de cabeza pancreática moderadamente diferenciado.

Se realiza Duodenopancreatectomía cefálica. Postoperatorio favorable, destacando fístula pancreática grado B de la ISGPF. El análisis de la pieza evidenció la presencia de un pseudotumor pancreático por *Ascaris Lumbricoides*. Tras estos hallazgos se completó el tratamiento con albendazol oral.

Conclusión: La afectación pancreática por ascariasis en nuestro medio es inusual pero es necesario incluirla en el diagnóstico diferencial de tumores y procesos inflamatorios pancreáticos.

Rotura esplénica como complicación de una pancreatitis aguda grave

Ignacio Machado Romero; Carlos del Olmo Rivas; Benito Mirón Pozo; Ana Lucía Romera López; Alejandro José Pérez Alonso; Víctor Manuel Ruiz García; Manuel González Martínez; Tania Gallart Aragón; José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La rotura del bazo es una complicación infrecuente de la pancreatitis aguda, especialmente en ausencia de pseudoquistes de páncreas y malformaciones arteriovenosas. Presentamos el caso de un paciente que presentó una rotura

esplénica espontánea como complicación aislada de una pancreatitis aguda grave.

Material y métodos: Paciente de 45 años de edad, bebedor importante, que ingresa en Servicio de Digestivo por cuadro de dolor abdominal intenso, localizado a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, que se acompañaba de vómitos biliosos y febrícula. A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo y sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR y amilasa, y la ecografía abdominal evidenció una vesícula biliar alitiásica sin otras alteraciones de la vía biliar. Se realizó TC abdominal que demostró edema difuso del páncreas asociado a líquido peripancreático, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda de origen alcohólico. Durante su ingreso en Servicio de Digestivo presentó evolución tórpida, con episodios de insuficiencia respiratoria y dolor abdominal. Al noveno día de ingreso presentó episodio de distensión y dolor abdominal brusco resistente a los analgésicos, asociado a taquipnea e hipotensión mantenida con escasa respuesta a sueroterapia. Una nueva TC abdominal reveló un hematoma intracapsular esplénico y abundante líquido libre intraabdominal. Ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos y es valorada por equipo quirúrgico, que indica tratamiento quirúrgico urgente. La laparotomía mostró un hemoperitoneo importante secundario a una rotura esplénica, sin evidenciar malformaciones vasculares, realizándose una esplenectomía total y exploración de celda pancreática, siendo necesaria el drenaje de colección prepancreática. Se dejó sistema de lavado continuo y laparostomía, debido a la existencia de importante síndrome compartimental abdominal. Durante su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, tras intervención quirúrgica, presentó inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria grave precisando fármacos vasoactivos y ventilación mecánica. Posteriormente presentó mejoría progresiva, siendo intervenido para cierre definitivo de pared abdominal, y fue dado de alta a los 30 días de la primera intervención. La anatomía patológica de la pieza no mostró anomalías en su estructura o presencia de enfermedad infiltrativa.

Discusión: Las complicaciones esplénicas de las pancreatitis incluyen hemorragias, abscesos, pseudoquistes intraesplénicos, infartos, roturas y lesiones vasculares. Muchas de estas complicaciones, especialmente las parenquimatosas, son diagnosticadas incidentalmente con la TC abdominal mientras se estudia la evolución de la pancreatitis. Aunque el tratamiento conservador de estas complicaciones esplénicas es una alternativa viable cuando el paciente permanece estable, aproximadamente el 12% de los casos requieren una esplenectomía urgente por la inestabilidad clínica, como sucedió en este caso. Los mecanismos patogénicos que podrían explicar la rotura esplénica en las pancreatitis incluyen la trombosis de la vena esplénica, las adherencias periesplénicas, los pseudoquistes pancreáticos que erosionan el bazo y los aneurismas esplénicos parahiliares. En este caso no pudo encontrarse ninguna causa que justificara la rotura esplénica, tanto en la TC abdominal como en la intervención quirúrgica o en el estudio anatomopatológico. Probablemente, la causa responsable fuera la mera liberación enzimática producida durante la pancreatitis aguda. Aunque es una causa poco frecuente, se debe considerar la

rotura esplénica como una complicación posible en la evolución de las pancreatitis agudas graves, y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de shock en este contexto clínico.

Doble pseudoaneurisma esplénico en traumatismo abdominal cerrado

Rocío Gómez Pérez, Carmen Vega Vigo, Rafael Díaz Nieto
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Paciente que después de varios días ingresada por impotencia funcional de cadera izquierda, síndrome anémico y fiebre de hasta 38,7 °C se objetiva esplenomegalia, dolor en HCI y flanco izquierdo. Se realizan varias pruebas de imagen, catalogando inicialmente como colecciones 2 lesiones anecoicas esplénicas de gran tamaño. Posteriormente, tras varios días de tratamiento conservador, se descubre que se trata de 2 pseudoaneurismas dentro del parénquima esplénico.

Material y métodos: Mujer de 52 años con antecedentes de tabaquismo, EPOC y cirrosis alcohólica hipertensión portal y varices esofágicas, no DM, no HTA, no DL. No alergias medicamentosas conocidas. Intervenida de hernia abdominal y cesárea. Acude a la urgencia por dolor e impotencia funcional de cadera izquierda. Hematoma en región trocanterea izquierda. Refiere traumatismo en los 3 días previos del que no recuerda nada, la encontró un compañero del albergue en el suelo.

Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.

Radiografía de caderas: Signos osteodegenerativos.

Analítica de la Urgencia: hemograma: leucocitos 10.100 , 79,3 % de neutrófilos. Hemoglobina de 6.8, VCM 103. Coagulación: INR 1,5, TPTA 37.

Se ingresa para transfusión de 2 hemoconcentrados y durante su estancia presenta fiebre de hasta 38,7 °C. Ingresó a cargo de medicina interna para estudio de Sd anémico y Sd febril.

Exploración: Afectación del estado general. Normotensa (TA 110/60),

ACP: tonos rítmicos son soplo pansistólico ? de predominio en foco tricuspideo. Roncus en ambas bases pulmonares.

Abdomen blando y depresible, dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo. Esplenomegalia de 5-7 traveses de dedo. Hepatomegalia no dolorosa, no clara ascitis. No signos de defensa ni peritonismo.

1ª Ecografía: hepatomegalia de bordes nodulares y patrón ecográfico hiperecogénico y grosero sugestivo de hepatopatía crónica, sin LOEs ni dilatación de la vía biliar intrahepática. Vesícula de tamaño y grosor de pared normales, con pequeño cálculo en su luz. Vena porta y colédoco de diámetros normales. Gran esplenomegalia de 18,5 cm con al menos 2 colecciones anecoicas de gran tamaño, con ecos finos en su interior sugestivas de focos de contusión-hematomas en evolución y una zona focal hiperecogénica, avascular también sugestiva de foco contusivo-laceración. Discreta cantidad de líquido libre periesplénico sin poder aclarar ecográficamente su origen hepático o postraumático .

Tras diversas pruebas de imagen se objetiva en eco-doppler de abdomen la presencia de 2 colecciones anecoicas descritas en los estudios de días previos (11,2cm y 4,2cm) que presentaban ecos finos móviles en su interior por lo que se examina en

doppler visualizando en ambas un flujo ingerno de vaivén con un soplo en pared a nivel del vaso irubatio indicativo de que corresponden a 2 pseudoaneurismas. Presentando además una lesión focal hiperecogénica-heterogénea de 4.5 cm de comportamiento avascular que podría corresponder a un área focal de infarto.

Resultados: Tras diagnóstico de 2 pseudoaneurisma en el interior del parénquima esplénico se decide intervención quirúrgica programada por riesgo de rotura de los mismos. La paciente se encuentra estable hemodinámicamente en todo momento.

Esplenectomía vía abierta programada:

DS-Pillet. Incisión subcostal izquierda ampliada. Se objetiva hígado cirrótico con importante circulación colateral. Esplenomegalia. Se procede a esplenectomía tras previa disección y ligadura de artera esplénica. Revisión de hemostasia. Surgicel en leco y blake en celda esplénica. Cierre por planos y agrafes.

Postoperatorio: En el postoperatorio inmediato mantiene débito hemático por el drenaje pero que no provoca repercusión hemodinámica, aunque precisa transfusión. Evolución favorable.

Conclusiones: Los aneurismas de la arteria esplénica son las frecuentes en dentro de los aneurismas que afectan a las arterias que irrigan a las vísceras digestivas. Este tipo de patología vascular es poco frecuente, presentado una incidencia del 0.01-0.2% en autopsias rutinarias, pero son una urgencia vital. De éstos el aneurisma de la arteria esplénica supone un 60% de los casos, en la mayoría de ellos en pacientes con antecedentes de fibrodiasplasia medial, multiparidad, hipertensión portal y esplenomegalia y arteriosclerosis o bien con antecedentes de traumatismo abdominal. En nuestro caso se trata de una paciente con varios de estos factores de riesgo. Se trataba de una paciente con poca sintomatología, a la que se la diagnosticó de forma casi incidental. La peculiaridad del que el pseudoaneurisma era intraesplénico, hace que las referencias bibliográficas sean más reducidas, la mayoría de las publicaciones hablan sobre aneurisma de la arteria esplénica a su llegada al hilio esplénico, no de los vasos del interior del parénquima. Cabe plantearse la duda de si el aneurisma o pseudoaneurisma estaba ya presente previo al traumatismo o si éste lo desencadenó o agravó. Igualmente la indicación del tratamiento quirúrgico era clara, por el riesgo de rotura diámetro superior a 2 cm).

Referencias:

- Rosa Gómez Espina, Eduardo Muñoz Bertrán, Diego Martínez-Gómez, Enrique Girela Baena. Aneurisma de la arteria esplénica. Imagen del mes. *CirEsp*.2011. doi:10.1016/j.cirEsp.2010.07.023
- Casadei R, Antonacci N, Calculli L et al. Thrombosed splenic artery aneurysm simulating a pancreatic body mass: can two entities be distinguished preoperatively thus avoiding diagnostic and therapeutic mistakes? *JOP* 2007;8:235-9.
- Tochii M, Ogino H, Sasaki H et al. Successful surgical treatment for aneurysm of splenic artery with anomalous origin. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2005;11:346-9.
- Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. *J Vas Surg* 2005;42:344-7.

- Deshpande AA, Kulkarni VM, Rege S, Dalvi AN, Hardikar JV Ruptured true aneurysm of the splenic artery: an unusual cause of haemoperitoneum. *J Postgrad Med* 2000;46:191-2.

- Kokkaler U, Bhende S, Ghellai A Laparoscopic management of splenic artery aneurysms. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2006;16:604-8.

- Kenningham R, Hershman MJ, McWilliams RG et al. Incidental splenic artery aneurysm. *J R Soc Med* 2002;95:460-1.

- Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ et al. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo Clinic. *Ann Vasc Surg* 2002;16:442-9.

- Lee SY, Florica O Laparoscopic resection of splenic artery aneurysm with preservation of splenic function. *Singapore Med J* 2008;49:e303-e304.

- Sadat U, Dar O, Walsh S et al. Splenic artery aneurysms in pregnancy? a systematic review. *Int J Surg* 2008;6:261-5.

- Herskowitz MM, Safriel Y, Gillego V Successful treatment of a giant splenic artery aneurysm solely by proximal coil embolisation. *EJVES Extra* 2002;3:52-3.

- Unruptured splenic artery aneurysm presenting as epigastric pain Ashwin Algudkar, Hemel Hempstead General Hospital, Hillfield Road, Hemel Hempstead, Hertfordshire HP2 4AD, UK

- Chiquillo Barber MT, Martí Cuñat E, González Jiménez MA, Ruiz del Castillo J, Montoliu Fornas G, Cervera Deval V. [Rupture of splenic artery aneurysm as a cause of acute abdomen]. *Rev Esp Enferm Dig*. 1992 Nov;82(5):359-62.

Terapia de presión negativa sobre malla abdominal expuesta

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Manuel Ruiz López, Santiago Mera Velasco, Iván González Poveda, José Antonio Toval Mata, Joaquín Carrasco Campos, Marta Valle Carbajo, Beatriz García Albiach, Julio Santoyo Santoyo.

HRU Carlos de Haya, Málaga. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Trasplantes.

Introducción: Desde que en 1997 Argenta y Morykwas publican la terapia de presión negativa (TPN) como un nuevo método para el control de heridas, muchas son las aplicaciones que de esta terapia se han hecho. Incluso el uso "off label" de esta terapia realizada por grupos con amplia experiencia, ha ampliado las posibilidades de la misma aunque aún en series de casos pequeñas o casos aislados.

Presentamos los casos de laparostomas dehiscentes con malla expuesta en los que hemos utilizado TPN.

Objetivo: Conocer los casos en los que se ha utilizado la TPN sobre mallas expuestas en heridas abdominales abiertas y los resultados de su uso.

Material y método: Revisamos todos los enfermos a los que se aplicó la TPN desde el inicio de la aplicación en nuestro servicio en marzo de 2005 hasta marzo de 2010.

En el estudio realizado hemos excluido aquellos casos en los que se usó el equipo de abdomen abierto ayudado por una malla que evite la retracción de la fascia.

Resultados: Encontramos un total de 12 casos, 9 mujeres y 3

hombres, con edades desde los 47 a los 84, con una media de 64 años.

En 11 de ellos, la TPN se utilizó sobre malla de polipropileno y en 1 ocasión se utilizó sobre malla ePTFE.

Aplicamos esponja de poliuretano (negra) en la mayoría de casos (11), sólo en un caso aplicamos la esponja de polivinilo (blanca), en una ocasión se protege una malla de polipropileno con gasa vaselinada, y la malla de ePTFE se protege con plástico. Tan sólo en una ocasión usamos terapia intermitente, en el resto de casos la terapia es continua y oscila entre los 75 y 125 mmHg. El tiempo de aplicación medio fue de 26 días oscilando entre los 10 y los 45. Los cambios de apósitos se realizan habitualmente lunes, miércoles y viernes por organización del servicio salvo necesidad de vigilar una cura o problemas con la misma.

No se produjo ninguna complicación mayor del tipo fístula de novo, y consideramos satisfactorio su uso tras comprobar la evolución del tejido de granulación sobre las mallas.

Discusión: En la bibliografía consultada mediante metabúsqueda en 8 bases de datos incluidos medline y pubmed, no hemos encontrado estudios específicos de este uso de la TPN, si bien sí se acepta el uso sobre material protésico expuesto en traumatología (Thompson).

En todos los casos hemos evaluado cuidadosamente la posibilidad de que debajo de la malla hubiese vísceras por dehiscencia también de este plano, en ocasiones abriendo la propia malla para comprobarlo.

En el caso de la malla de ePTFE, considerando que efectivamente tenía debajo asas intestinales, se decidió proteger con un fragmento de plástico para minimizar el efecto de la succión sobre las mismas. En este caso el tejido de granulación no crece a través de los poros de la malla, como en el caso de las mallas de polipropileno (foto 1 y 2), sino desde los laterales hacia el centro (foto 3).

No hemos encontrado complicaciones que podemos considerar mayores como pueden ser la fístulas de novo, sangrados, dolor que obligue a retirar el tratamiento o infección (Lambert). Como en el resto de tratamientos de este tipo, algunos cambios pueden ser molestos, sobre todo en el momento de la retirada de la esponja y con más intensidad en relación al número de días que se aplique. Habitualmente estas molestias solemos solventarlas introduciendo por el tubo de aspiración, una vez desconectado de la unidad central, anestésico local para que la esponja se impregne y lo dejamos actuar unos minutos antes de la cura.

La TPN aporta unas enormes posibilidades, a nuestro modo de ver, en el tratamiento de las heridas abdominales abiertas. Es la experiencia de los distintos grupos lo que va añadiendo confianza para el manejo de esta terapia en las distintas situaciones clínicas puesto que, en estos momentos, carecemos de una evidencia mayor.

Conclusiones: Creemos que lo que aporta la TPN es promocionar una más rápida epitelización sobre el material protésico, evitando infecciones y curas continuas, permitiendo un cierre posterior más precoz, bien mediante cierre directo, bien mediante cierre con injerto cutáneo, o bien simplemente esperando a una cicatrización por segunda intención pero ya con el enfermo en situación ambulatoria.

Consideramos que la TPN es segura, en este tipo de situa-

ciones, usada de forma racional por equipos experimentados y con las precauciones comentadas anteriormente.

Carcinoma de paratiroides en el contexto del hiperparatiroidismo primario. A propósito de un caso

M^a de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Daniel Pérez Gomar, M^a del Carmen Bazan Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Manolo López Zurera, Ander Bengoechea Trujillo, Antonio Gil Olarte Pérez, José Manuel Vázquez Gallego

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El Cáncer de paratiroides es una rara entidad que causa hiperparatiroidismo en menos del 1% de los casos, y solo un 4% se presentan en el contexto de un hiperparatiroidismo primario. Menos de un 10% de los cánceres de paratiroides son no funcionantes. El pronóstico está en relación con los márgenes de resección quirúrgica. Presentamos un caso clínico intervenido en nuestro servicio por un hiperparatiroidismo primario que presentó como resultado anatomopatológico un carcinoma de paratiroides,

Caso clínico: Paciente de 48 años de edad, que en 2003 se intervino de Hiperparatiroidismo por adenoma paratiroideo derecho confirmado anatomopatológicamente. Posteriormente se realizó Cordectomía derecha por nódulo cuerda vocal sin aportar informe. El paciente está asintomático durante 7 años, siendo remitido por el servicio de Medicina interna por presentar hipercalcemias mantenidas de 12mg/dl y con informe de gammagrafía y TAC con diagnóstico de Hiperplasia/adenoma de paratiroides inferior izquierdo. Además de lo mencionado el paciente presenta como antecedentes, ser fumador muy importante, EPOC, Hiperlipemia, trastornos psicóticos y probable alergia a Augmentine[®]. Exploración: Buen estado general, Ronquera. Análítica: Calcio 12,2, Proteínas totales 6,9 y PTH 179. TAC cervical: nódulo en polo inferior de LTI compatible con adenoma y Gammagrafía tiroidea: hiperplasia/adenoma de paratiroides inferior izquierdo. Intervención: Se realiza exploración con determinación intraoperatoria de PTH. Se encuentra masa invasora, fija a cara izquierda de tráquea que se extirpa macroscópicamente en su totalidad. No hay adenopatías. Tras su extirpación se aprecia caída de los niveles de PTH al 32% a los 5 minutos y al 31,3% a los 10 minutos. El postoperatorio cursa sin incidentes presentando una calcemia al alta de 8,8. El Inform AP es de Carcinoma de paratiroides.

Discusión: El carcinoma de paratiroides es una causa poco frecuente de hiperparatiroidismo primario. El diagnóstico de carcinoma de paratiroides, ya sea funcionante o no se basa en una serie de criterios clínicos e histológicos, pero puede ser difícil de diferenciar de adenoma benigno en muchos casos. Los indicios de que un paciente pueda tener un carcinoma paratiroideo incluye un calcio sérico elevado ([14 mg / dl] o la PTH en el límite superior de la normalidad, así como una masa palpable en el cuello, o ronquera (que indica la afectación del nervio laríngeo recurrente). Intraoperatoriamente una glándula firme de color blanco grisáceo con invasión de estructuras adyacentes es sugestiva de malignidad. En los pacientes con carcinoma de paratiroides, el tratamiento quirúrgico óptimo es la resección en bloque con lobectomía

tiroidea ipsilateral y la eliminación de los nódulos linfáticos agrandados o anormales. La resección inicial adecuada y agresiva puede ayudar a reducir la recidiva y las metástasis a distancia. Se debe tener cuidado para evitar la rotura intraoperatoria del tumor ya que el riesgo de siembra local es elevado. En nuestro caso, el paciente había sido intervenido previamente de adenoma paratiroideo 7 años antes permaneciendo asintomático. El nivel de calcio sérico se situó en 12 y el de PTH en 179, por todo ello y ante los hallazgos clínicos y radiológicos se pensó en un adenoma de paratiroides. Intraoperatoriamente el descenso de la PTH indicaba lo mismo y fue en el estudio Anatomopatológico donde se confirmó la presencia del carcinoma.

Tratamiento de los tumores centrales de la mama mediante cuadrantectomía central y reconstrucción con colgajo de rotación inferior

Carlos Cruz Villalba, Pablo Menéndez, Lorenzo Rabadán, Ricardo Pardo, Ángeles Gil-Olarte, Carmen Manzanares, Virginia Muñoz, Susana García, Esther García, Francisco Ruescas, Aurora Gil, Jesús Martín

Hospital General De Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: Los tumores de la región central de la mama han sido tratados clásicamente mediante mastectomía, debido a la falta de seguridad oncológica y al defecto estético residual tras la extirpación del cuadrante central de la mama y el complejo areola-pezones. Los resultados oncológicos para la cuadrantectomía central en términos de tasa de recidivas, período libre de enfermedad y supervivencia se han demostrado idénticos a los de la mastectomía como tratamiento de los tumores centrales.

Objetivo: Mostrar la experiencia en el tratamiento conservador de tumores centrales de la mama en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real.

Material y resultados: Siete pacientes fueron intervenidas con tumores de localización retroareolar (10/2008-08/2010) con diagnóstico preoperatorio de carcinoma ductal infiltrante. Las lesiones tenían un tamaño inferior a 2 centímetros, correspondiendo a T1 de la clasificación TNM. La duración media de la intervención fue de 104 minutos (84-130). La estancia postoperatoria fue de 24 horas. El volumen medio de tejido mamario extirpado fue de 158,3cc (70-286). Se evidenció afectación focal del borde y múltiples focos de carcinoma intraductal en una paciente. El estudio de ganglio centinela mostró células tumorales aisladas (<0,2mm) en dos casos, mientras que en otros dos casos el ganglio centinela estaba afectado por macrometástasis.

El abordaje conservador de los tumores de localización retroareolar permite un buen control local de la enfermedad mediante la extirpación de la tumoración con márgenes libres, incluyendo en la resección el complejo areola-pezones cuando es necesario y la fascia del musculo pectoral mayor.

La reconstrucción mamaria mediante un colgajo inferior de rotación (Técnica de Grisotti) permite rellenar el defecto creado por la cuadrantectomía y reconstruir con un disco cutáneo el complejo areola-pezones con un buen resultado estético sin necesidad de cirugía de la mama contralateral para simetrización.

La estadificación axilar mediante BSGC y linfadenectomía axilar si es necesaria, pueden llevarse a cabo asociadas al tratamiento del tumor sin añadir morbilidad a la técnica.

Puesta en marcha de un programa de cirugía oncoplastica y reconstructiva de mama en un servicio de cirugía general

Cruz Villalba C, Rabadán L, Menéndez P, Sánchez S, García E, Pardo R, Manzanares C, Gil-Olarte A, Ruescas F, Muñoz V, Martínez de Paz F, Gil A, Villarejo P, Padilla D, Menchén B, Martín J.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: El programa formativo de la Especialidad de CG y AD publicado en el BOE 110 del 8 de mayo de 2007 incluye la necesidad de formación en EReconstrucción mamaria R de los residentes de cirugía. Con el fin de dar a nuestros residentes de la forma mas completa y poder dar un tratamiento integral a las pacientes con cáncer de mama atendidas en nuestro Servicio se ha puesto en marcha un programa de Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva.

Objetivos:

1. Proporcionar un tratamiento integral de calidad para las pacientes atendidas por cáncer de mama en el HGUCR
2. Incrementar la Cartera de Servicios del Servicio de CG y AD
3. Elegir especialistas en CG y AD motivados para desarrollar el programa
4. Fomentar la Formación de Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva
5. Proporcionar atención especializada en Consultas Específicas (Oncoplástica y Consejo Genético)
6. Conseguir un alto grado de satisfacción de las pacientes intervenidas y atendidas con un mínimo número de reclamaciones

Material y métodos: Análisis de la actividad quirúrgica relacionada con la patología mamaria realizada en el Servicio entre Enero 2007 y Marzo 2010. Se evalúa el incremento de la actividad en relación con la actividad previa y originada por la puesta en marcha del programa. Se analizan las complicaciones y las reclamaciones originadas por el programa.

Resultados: En el período comprendido entre 2007 -2010 se han realizado 449 casos intervenciones de casos similares a los que se operaban antes de la puesta en marcha del programa. En ese mismo período el programa ha originado 335 intervenciones lo que ha supuesto un incremento del 74% en la cantidad de casos de cirugía de la mama intervenidos llegando a ser en el momento actual el 22% de toda la patología intervenida de forma programada por el Servicio de Cirugía General. Se han realizado 23 reconstrucciones inmediatas, 118 intervenciones por reconstrucción en dos tiempos, 16 dorsales anchos, 35 reconstrucciones del complejo areola pezones, 61 pexias, 76 mastoplastias de reducción y 6 reintervenciones por complicaciones (3 extrusiones de expansor, 2 extrusiones de prótesis y 1 contractura capsular aguda). Solo se ha producido una reclamación al S de Atención al paciente. Ninguna de carácter Patrimonial.

Conclusiones: Un Servicio de Cirugía General con la formación adecuada puede llevar a cabo un Programa de Cirugía

Oncoplástica y reconstructiva con parámetros de calidad altos incrementado de una forma importante su cartera de Servicios y diversificando su actividad.

Incidencia de micrometástasis y células tumorales aisladas en el ganglio centinela en estadios iniciales del cáncer de mama

Cruz Villalba C, Rabadán L, Pardo R, Cordero JM, Gil-Olarte MA, Manzanares C, Menéndez P, Muñoz V, Sánchez S, Martínez F, Villarejo P, Menchén B, Gil A, Martín J.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad real

Objetivo: Estudiar la incidencia de células tumorales aisladas y de micrometástasis en el ganglio centinela (GC) del cáncer de mama en estadios iniciales.

Material y método: Estudiamos 192 pacientes con cáncer de mama, estadios T1 o T2, sin afectación axilar clínica ni ecográfica.

La detección del GC se llevó a cabo tras la administración peritumoral de 4 mCi de ^{99m}Tc-nanocoloide de albúmina, y reinyección periareolar en caso no migración inicial a las 3 h.

Los GC se estudiaron con hematoxilina-eosina, cortes seriados y tinción inmunohistoquímica, y fueron catalogados como negativo cuando no se hallaron implantes tumorales, negativo con CTA si había implantes <0,2 mm, positivo por micrometástasis cuando estos eran >0,2 y <2 mm, y positivo con macrometástasis si fueron >2mm.

Se realizó linfadenectomía axilar completa en caso de GC+ y fue catalogada como negativa, presencia de células tumorales aisladas, positiva con micrometástasis y positiva con macrometástasis en función de su afectación metastásica.

El intervalo de seguimiento osciló entre los 3 y 68 meses.

Resultados:

Núm paciente: 192

GC negativo: Total: 138 (72%), GC-CTA II (5,7%)

GC positivo: Total: 54 (28%), Mic 21 (11%), micro SLN/total SLN+: 39%

Micro GC-CTA: 32 (16,6%)

LA en Mic: LA -: 19 (71,5%)

LA Mic: 4 (19%)

LA +: 2 (9,5%)

Conclusiones: La infiltración del GC por micrometástasis o CTA en los estadios iniciales del cáncer de mama afecta a un número significativo de pacientes, 16,6% en nuestra serie.

La frecuencia de afectación axilar tras la linfadenectomía es baja en pacientes con GC mic.

El comportamiento de estos tumores parece intermedio entre los que el GC es negativo y aquellos con macrometástasis en el GC, en función de los resultados que ofrece la literatura.

Los estudios prospectivos en marcha nos permitirán aplicar el esquema terapéutico óptimo para este grupo de pacientes.

Mamoplastia de reducción con patrón de Wise y pedículo superiomedial en el tratamiento de la gigantomastia sintomática. Experiencia en el hospital general de Ciudad Real

Carlos Cruz Villalba, Lorenzo Rabadán, Ricardo Pardo, José Manuel Cordero, M Ángeles Gil-Olarte, Irene Arjona, Rebeca Vitón, Carmen Manzanares, Pablo Menéndez, Virginia Muñoz, Susana García, Jesús Martín

Hospital GGeneral de Ciudad Real. Ciudad Real

Objetivo: Mostrar la experiencia en la mamoplastia de reducción con la técnica del pedículo superomedial en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: La gigantomastia sintomática es una enfermedad relativamente común, que afecta a mujeres jóvenes o de mediana edad. La mamoplastia de reducción es un procedimiento efectivo para el tratamiento de estas pacientes y asequible para cirujanos generales con especial dedicación a la mama.

Material y método: Pacientes intervenidas por gigantomastia sintomática remitidas por cervicalgia o dorsalgia en relación con su hipertrofia mamaria. Se realizó preoperatoriamente ecografía o mamografía para descartar patología mamaria.

Se diseñó el patrón preoperatorio en bipedestación, marcando el meridiano mamario desde un punto situado a 6 cm del esternón hasta ambos pezones trasladando sobre esta línea la altura del surco inframamario, delimitando la nueva posición del CAP reducida a 4 cm. Se completa el patrón de Wise diseñando el pedículo superomedial, que se desepitelizará asegurando así la irrigación del CAP.

Se extirpa todo el tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno donde se crea un hueco para alojar el CAP tras rotarlo 90°. Tras la proyección mamaria adecuada, se cierra la piel siguiendo las marcas preoperatorias.

Se realiza la técnica en la mama contralateral extirpando la misma cantidad de tejido mamario, buscando la simetría con la mama precedente.

Resultados: Se intervinieron 65 pacientes (diciembre de 2006-abril de 2010) con una media de edad de 41 años (18-71). La media de peso extirpado por mama es de 727 g (345-1230). El tiempo medio operatorio fue de 148 min y la estancia media hospitalaria de 2,4 días (1-7)

En el estudio histológico se encontró una neoplasia lobulillar in situ, dos papilomas intraductales sin atipias y un fibroadenoma.

Seis pacientes tuvieron complicaciones relacionadas con la cirugía: una paciente tuvo isquemia del CAP que originó una pérdida parcial de la areola, 4 pacientes tuvieron una dehiscencia parcial de la rama vertical (zona de unión de la T) que se manejaron de modo conservador, y una paciente tuvo un hematoma postoperatorio.

Todas las pacientes tuvieron una mejoría total o parcial de la sintomatología derivada de la gigantomastia siendo valorado como bueno o muy bueno por el 96% de las pacientes. La satisfacción con el resultado estético, forma y tamaño, fue valorado como bueno o muy bueno por el 92% de las pacientes y el 95% se mostraron satisfechas en general con el procedimiento.

Conclusiones: La mamoplastia de reducción con el patrón

de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con gigantomastia sintomática, efectiva, segura y con resultados mantenidos a largo plazo.

El manejo de esta técnica proporciona las habilidades necesarias para el acceso a procedimientos de mayor dificultad en cirugía oncológica y reconstructiva, en el seno de una Unidad de Cirugía Oncoplástica.

Reconstrucción mamaria con expansores tisulares: nuestra experiencia

Cruz Villalba, C; García, E; Manzanares, C; Ruescas, F; Muñoz, V; Sánchez, S; Menéndez, P; Arjona, I; Pardo, R; Rabadán, L; Martín, J.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: El tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama incluye una etapa actualmente esencial como es la reconstrucción mamaria. Las prótesis expansoras permiten aumentar la superficie cutánea de la zona afecta sin que ésta pierda sus características esenciales. Su introducción en la reconstrucción mamaria se realizó a partir de la década de los 70, en pacientes sometidas a mastectomía subcutánea, simple o radical modificada, asociadas o no a colgajos. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción mamaria con prótesis expansoras y realizamos una revisión de la literatura precedente.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 98 pacientes reconstruidas mediante prótesis expansoras durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y julio de 2010. Los expansores utilizados fueron en un 47 % (46) Becker 35, Contour (Mentor©) en un 38,8 % (38) y McGhan 150 SH (Allergan©) en un 12,2 % (12).

Resultados: Las pacientes estudiadas fueron 98 con una edad media de 47,9 años (rango 29-79 años). Las pacientes fueron reconstruidas mediante prótesis expansoras en 86 (87,7 %) casos y mediante un colgajo del músculo dorsal ancho en 9 (9,2 %) casos, con una estancia media de 4,5 días (rango 2-14 días). La espera media para el recambio a una prótesis definitiva fue de 25 meses. El resto de datos clínico-patológicos los agrupamos en la Tabla 1.

Discusión: Las ventajas de la utilización de prótesis expansoras son el aporte de una mama con un aspecto, color y tacto similares a la contralateral, sin secuelas en zonas donantes y mediante una técnica quirúrgica rápida de ejecutar.

Sin embargo, no hemos de obviar las complicaciones que pueden surgir como contractura capsular (0,6-30%), extrusión del expansor, necrosis cutánea (5%), rotación protésica o valvular e infección del expansor (15%) que pueden abocar a una reintervención quirúrgica, precisando la retirada del mismo.

En nuestra experiencia el elevado porcentaje de extrusiones del modelo Becker 35 (Mentor©) nos obligó a utilizar otras prótesis expansoras más anatómicas como Contour (Mentor©) y McGhan 150 SH (Allergan©). Los resultados definitivos con esta nueva opción requieren de más casos y de un seguimiento a largo plazo.

Mamoplastia de reducción en régimen de corta estancia para el tratamiento de la gigantomastia sintomática

Carlos Cruz Villalba, Susana Sánchez García, Ricardo Pardo, Lorenzo Rabadán, Carmen Manzanares, Angeles Gil-Olarte, Rebeca Vitón, Esther García, Francisco Ruescas, Virginia Muñoz, Pedro Villarejo, Fernando Martínez de Paz, Bruno Menchén, David Padilla, Jesús Martín.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: La gigantomastia sintomática puede provocar cervicodorsalgia con un grado variable de incapacitación. La mamoplastia de reducción es un procedimiento efectivo para el tratamiento de estas pacientes, asequible para cirujanos generales con especial dedicación a la mama e ideal para su realización en régimen de corta estancia.

Objetivos: Mostrar la experiencia en la mamoplastia de reducción con la técnica del pedículo superomedial en régimen de corta estancia en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real.

Material y métodos: Pacientes intervenidas por gigantomastia sintomática en nuestro servicio.

Se diseñó el patrón de Wise delimitando la nueva posición del complejo areola-pezones (CAP). Se extirpa todo el tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno donde se crea un hueco para alojar el CAP tras rotarlo 90 grados. Se realiza la técnica en la mama contralateral, buscando la simetría con la mama precedente.

Resultados: Desde diciembre de 2006 hasta julio de 2010 se han intervenido 72 pacientes con una edad media de 41 años (rango 18-71). La media del peso extirpado por mama es de 732 gramos (rango 345-1230). El tiempo medio operatorio fue de 148 minutos y la estancia media hospitalaria 2,2 días.

El dolor postoperatorio fue controlado con analgésicos habituales pasando a vía oral a partir de las 24 primeras horas.

En el estudio histológico del tejido extirpado se encontró una neoplasia lobulillar in situ, dos papilomas intraductales, tres casos de hiperplasia ductal sin atipias y un fibroadenoma. Seis pacientes tuvieron complicaciones relacionadas con la cirugía: 1 isquemia del CAP, 4 dehiscencias parciales de la rama vertical (zona de unión de la T), y 1 hematoma postoperatorio. Todas las pacientes tuvieron una mejoría total o parcial de los síntomas derivados de la gigantomastia siendo valorado como bueno o excelente este aspecto por el 96% de las pacientes. La satisfacción con el resultado estético, forma y tamaño, fue valorado como bueno o excelente por el 92% de las pacientes y más del 90% se mostraron satisfechas en general con el procedimiento y el régimen de corta estancia.

Conclusiones: La mamoplastia de reducción con patrón de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con gigantomastia sintomática, efectiva, segura, con un bajo y con resultados mantenidos a largo plazo.

El régimen de corta estancia resultó óptimo para estas pacientes, dado el buen control del dolor postoperatorio con analgesia oral desde las primeras 24 horas postintervención y la progresiva ambulatorización de los cuidados de enfermería.

La introducción de esta técnica proporciona las habilidades necesarias para el acceso a procedimientos de mayor complejidad.

dad en cirugía oncológica y reconstructiva de la mama en el marco de una Unidad de Cirugía Oncológica en un Servicio de Cirugía General.

Reconstrucción del complejo areola-pezones: nuestra experiencia

Cruz Villalba C; Manzanera MC; Rabadán L; Pardo R; Muñoz V; Sánchez S; García E; Ruescas F; Gil-Olarte MA; Martínez de Paz F; Jara A.; Villarejo P; Gil A; Martín J.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Objetivos: La reconstrucción del complejo areola-pezones (CAP) constituye el proceso final con el cual culmina la reconstrucción mamaria. El principal objetivo de este procedimiento es lograr un pezón y una areola similares en tamaño, textura, color, proyección y posición con respecto del CAP contralateral.

Presentamos nuestra experiencia con el colgajo en flecha para la reconstrucción del pezón y el injerto cutáneo para la areola y revisamos la literatura al respecto.

Material y Métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo comprendido entre enero de 2006 y enero del 2011. En este periodo fueron intervenidas 16 pacientes realizando 17 reconstrucciones del CAP. El procedimiento de reconstrucción mamaria predominante fue la colocación de un expansor tisular/prótesis en 12 casos (70,6%), seguido del colgajo del músculo dorsal ancho en 4 casos (23,5%) y la reconstrucción con el colgajo transverso del músculo recto anterior del abdomen (TRAM) en un caso (5,9%). Únicamente se incluyeron pacientes que requirieron reconstrucción mamaria por causa neoplásica. La reconstrucción del CAP se realizó en un segundo tiempo bajo anestesia local.

La localización del nuevo CAP se marcó con la paciente en bipedestación, en una posición simétrica al contralateral. La técnica quirúrgica utilizada para la reconstrucción del pezón fue la del colgajo en flecha con pedículo superior y anchura igual que la base del pezón contralateral. El montaje del mismo se realizó con puntos simples de poliglicaprona (Monocryl ©) de 4/0, cerrando el defecto en cuña ocasionado tras la disección del cuerpo y las alas del colgajo. La areola circundante marcada se desepidermizó como paso previo a la colocación de un autoinjerto cutáneo total procedente de la región interna del muslo de la paciente y fue fijada con una sutura intradérmica de Monocryl © de 4/0.

Resultados: Las 13 reconstrucciones del CAP estudiadas fueron realizadas en 16 pacientes cuya edad media fue de 45,1 años (rango 36-57 años). Tres de las pacientes (18,7%) eran fumadoras activas. En un 58,8% (10 casos) el procedimiento se realizó sobre la mama izquierda y en un 41,2% (7 casos) en la mama derecha. La estancia media fue de 2 días (rango 1-5 días). Únicamente hubo un caso de isquemia epidérmica en el injerto como complicación precoz que se solucionó con curas ambulatorias sin documentarse complicaciones en la zona donante.

Conclusiones: La importancia de la reconstrucción del CAP se ha puesto de manifiesto en los últimos años gracias a diferentes estudios que han demostrado un mayor grado de satisfacción en las pacientes sometidas a este procedimiento. Actualmente no existe consenso en cuanto a la mejor técnica,

pero sí en el momento de la realización, de forma diferida tras la estabilización del montículo mamario. En la literatura se describen múltiples técnicas: colgajo en estrella, C-V, en raya, en S, de Bell, injerto autólogo de región inguinal, labios mayores, areola contralateral, tatuaje intradérmico, etc. En nuestra corta experiencia los resultados preliminares han sido alentadores basados en la mejoría estética y satisfacción expresada por las pacientes. Sin embargo, no hemos de olvidar la importancia del seguimiento en estas pacientes dado que la proyección del pezón se pierde de un 30% a un 70% de los casos y puede ser necesaria una nueva intervención quirúrgica.

Cáncer de mama y cma: nuestra experiencia

Carlos Cruz Villalba, Susana Sánchez García, Ricardo Pardo, Lorenzo Rabadán, Carmen Manzanera, Angeles Gil-Olarte, Rebeca Vitón, Esther García, Francisco Ruescas, Virginia Muñoz, Jesús Martín.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: Tradicionalmente, las pacientes sometidas a cirugía del cáncer de mama han requerido ingreso hospitalario para la realización de mastectomía o cirugía conservadora, con o sin linfadenectomía axilar, encaminado al control del sangrado postoperatorio, cuidado de los drenajes quirúrgicos y observación de posibles efectos adversos de la anestesia general. Gracias a los programas de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia es posible mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios; la cirugía del cáncer de mama es una de las patologías implantadas en estos programas.

Material y métodos: Estudio descriptivo donde se presenta la serie de pacientes del Hospital General de Ciudad Real con diagnóstico de cáncer de mama, intervenidas quirúrgicamente en el periodo comprendido entre el 01-01-2010 y el 16-07-2010; la variable principal es la estancia media hospitalaria, definida por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA: sin ingreso hospitalario o ingreso menor de 52 h), ingreso de corta estancia (menor de 72 h), o ingreso de larga estancia (mayor de 72 h) en cada una de las técnicas quirúrgicas empleadas.

Resultados: Se intervinieron un total de 80 pacientes; de ellas, un 20 % se consideraron larga estancia, un 22,5% corta estancia y un 57,5 % de CMA; de éstas, un 26,3 % corresponden a CMA sin ingreso hospitalario. La técnica quirúrgica más empleada en régimen de CMA corresponde a cirugías conservadoras de mama, asociadas o no a biopsia de ganglio centinela (67,4%), junto con técnicas de menor complejidad, como ampliaciones de márgenes quirúrgicos o biopsias excisionales (17,4%)

Conclusiones: La cirugía del cáncer de mama es factible en programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, utilizando criterios de selección de las pacientes y equipo experimentado y multidisciplinar, ofreciendo educación sanitaria a las pacientes para los cuidados postoperatorios.

Las técnicas conservadoras son las más empleadas en estos programas, probablemente en relación con la disminución de la agresividad quirúrgica en el cáncer de mama.

Asistencia endoscópica en la reconstrucción mamaria mediante expansores tisulares

Carlos Cruz Villalba, Rebeca Vitón, Lorenzo Rabadán, Ricardo Pardo, Ángeles Gil-Olarte, Carmen Manzanares, Pablo Menéndez, Virginia Muñoz, Susana García, J. Francisco Ruescas, Esther García, Jesús Martín.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: La reconstrucción mamaria con expansores se basa en la creación de un bolsillo retropectoral donde alojar el material protésico. La localización y dimensiones de dicho bolsillo así como una técnica quirúrgica depurada en su realización son elementos clave en el resultado final,

El desarrollo de la cirugía endoscópica posibilita la realización de procedimientos quirúrgicos mediante pequeñas incisiones con un instrumental que permite una excelente visión y una gran precisión.

La técnica endoscópica ha sido utilizada con éxito en el abordaje de distintas regiones anatómicas y también es aplicable a la reconstrucción mamaria con material protésico.

Objetivo: Mostrar la técnica utilizada en el Servicio de Cirugía del HGU CR en la colocación de expansores mamarios y prótesis para reconstrucción mamaria postmastectomía con asistencia endoscópica.

Material y método: En primer lugar se dibuja sobre la superficie cutánea el espacio que alojará el material protésico, tomando como líneas básicas el surco submamario, una línea vertical paraesternal situada a 1.5 cm de la línea media y la línea axilar anterior.

Mediante una incisión de 3 cm sobre la parte más externa de la cicatriz de mastectomía previa se accede al espacio retropectoral mayor. Se introduce una valva de 2-3 cm de ancho y una óptica de laparoscopia de 10 mm y 0 grados, procediendo a la sección parcial de las inserciones costales del músculo pectoral mayor en la parte inferior y llegando a la grasa paraesternal en la parte medial. Se confecciona un bolsillo lateral en el músculo serrato para permitir la cobertura total del expansor y evitar su desplazamiento lateral.

En los casos de recambio del expansor por un implante, tras la retirada del expansor se realiza una capsulotomía circunferencial completa y se crea un nuevo surco submamario en la situación adecuada mediante puntos de sutura reabsorbibles que unen el tejido subcutáneo a la pared torácica.

Los procedimientos se realizan combinando la visión directa y en el monitor, consiguiendo así una disección minuciosa y una hemostasia cuidadosa.

Resultados: Desde enero de 2006 hasta enero de 2010 se han realizado 142 procedimientos incluyendo primer tiempo de colocación de expansores, recambio de expansor por implante o sustitución de implantes. El tiempo quirúrgico medio fue de 46 minutos (32-65). Como complicación intraoperatoria hemos registrado una apertura accidental de la pleura durante la disección. En el postoperatorio inmediato hemos registrado 3 hematomas que no precisaron revisión quirúrgica. La estancia media de las pacientes fue de 2.2 días (1-5) y actualmente se realiza en régimen de CMA en casos seleccionados.

Conclusiones: Las ventajas de la cirugía endoscópica son aplicables a la reconstrucción mamaria con material protésico.

La excelente visión y la menor invasividad minimizan las

complicaciones postoperatorias, proporcionan mayor confort al paciente y disminuyen la estancia hospitalaria permitiendo en pacientes seleccionadas su realización en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La familiarización de los cirujanos con la técnica endoscópica hace que las Unidades de Cirugía Oncoplástica en el seno de Servicios de Cirugía General sean un marco óptimo para la realización de estos procedimientos.

Neoadyuvancia y cirugía conservadora en el cáncer de mama

Cruz Villalba C; Manzanares MC; Pardo R; Rabadán L; Muñoz V; Sánchez S; Ruescas F; García E; Vitón R; Martín J.

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Objetivos: La utilización de la quimioterapia neoadyuvante ha demostrado su eficacia en el manejo terapéutico inicial de las pacientes con cáncer de mama inoperable, convirtiéndolo en operable. Esto ha permitido extender su aplicación a pacientes con cáncer de mama en estadios más precoces, en las cuales se logran los mismos objetivos oncológicos pero con una cirugía más conservadora. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante e intervenidas quirúrgicamente y revisamos la literatura al respecto.

Material y Métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 25 pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer entre enero de 2006 y marzo del 2010, las cuales habían recibido quimioterapia neoadyuvante. Las indicaciones de la quimioterapia neoadyuvante fueron: Cáncer de mama localmente avanzado (>5 cm, N+, afectación torácica, cutánea, inoperable Mo), Cáncer inflamatorio de mama, Estadios T2 > 3cm y Discordancia entre tamaño tumoral y mama residual si se plantea la cirugía conservadora. La pauta de quimioterápicos más utilizada tras comprobar la negatividad de los estudios de extensión (TAC toraco-abdominal, gammagrafía ósea) fue de Antraciclina (adriamicina, epirubicina) y ciclofosfamida durante cuatro ciclos asociadas a Taxanos (docetaxel, paclitaxel) o 5-Fluorouracilo durante otros cuatro ciclos. Posteriormente se evaluó la respuesta mediante mamografía. En la práctica totalidad de las pacientes se aplicó radioterapia adyuvante (50 Gy) sobre el lecho quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron la biopsia selectiva del ganglio centinela pre-neoadyuvancia para la estadificación axilar en pacientes con la axila clínica y radiológicamente negativa y que cumpliesen el resto de criterios exigidos para esta técnica, la cuadrantectomía con linfadenectomía axilar ipsilateral si la reducción tumoral post-neoadyuvancia permitía esta opción conservadora con garantías oncológicas y la mastectomía radical modificada cuando esto no era posible o la paciente rechazaba la cirugía conservadora.

Resultados: Las 25 pacientes intervenidas sometidas a quimioterapia neoadyuvante presentaban una edad media de 49 años (rango 25-79) y en 11 casos (44%) referían antecedentes familiares de cáncer de mama. Los datos clínico-patológicos de las pacientes los agrupamos en la Tabla 1. Las complicaciones derivadas de la quimioterapia neoadyuvante fueron 2 casos de dermatitis grado 3, dos casos de alopecia y dos casos en los

que hubo de suspenderse el tratamiento por intolerancia hepática. Las complicaciones quirúrgicas precoces fueron 3 casos de seroma y una infección de herida quirúrgica. Durante el seguimiento de las pacientes (rango 6-48 meses) no se objetivó ninguna recidiva ni exitus.

Conclusiones: La administración de la quimioterapia neoadyuvante presenta múltiples ventajas: Administración precoz de tratamiento sistémico, Evaluación del comportamiento biológico del tumor frente a quimioterapia, Disminución del volumen tumoral permitiendo la realización de técnicas quirúrgicas conservadoras (factor pronóstico), Aplicación en pacientes donde se contraíndique la cirugía o donde ésta deba retrasarse (ej: embarazo). Sin embargo, no hemos de olvidar los aspectos menos ventajosos de la misma: Quimiorresistencias, Retraso en el tratamiento local (cirugía) en pacientes no respondedoras. Las técnicas de cirugía conservadora en el cáncer de mama favorecidas por la quimioterapia neoadyuvante permiten con una menor morbilidad un mejor resultado estético en relación a las técnicas radicales. Comparando ambos abordajes no existen diferencias significativas en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad o resultados a largo plazo, sin embargo se ha objetivado un mayor porcentaje de recurrencias locorregionales con la cirugía conservadora en pacientes con determinados factores de riesgo: márgenes de resección positivos, edad inferior a 40 años y tumor multicéntrico e indiferenciado. Nuestra experiencia inicial con ese enfoque terapéutico del cáncer de mama ha sido satisfactoria aunque la presencia de cirugía conservadora (9 casos, 34,6%) es inferior a la de otras series y hemos de completar el seguimiento a largo plazo de estas pacientes para obtener conclusiones definitivas.

Nuestra experiencia con la reconstrucción mamaria mediante colgajo miocutáneo del músculo latissimus dorsi

Cruz Villalba, C; Manzanares MC; Rabadán L; Pardo R; Muñoz V, Sánchez S; Ruescas F; García E; Arjona I; Martín J.

Hospital General De Ciudad Real. Ciudad Real

Objetivo: La técnica ideal de reconstrucción mamaria debe ser segura, reproducible, con mínima morbilidad sobre la zona donante y que dote de un adecuado tamaño, forma y volumen a la mama reconstruida. Existen múltiples procedimientos descritos en la literatura: expansor/prótesis, colgajo miocutáneo del músculo dorsal ancho (CDA), colgajo miocutáneo transversal del recto anterior del abdomen (TRAM), colgajos libres, etc.

La técnica del CDA está indicada en pacientes con tejidos locales de mala calidad, sobre todo tras haber recibido tratamiento con radioterapia.

Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción mamaria diferida con el CDA y revisamos la literatura.

Material y Métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de las 10 pacientes reconstruidas de forma diferida con CDA durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y enero del 2011.

Las pacientes seleccionadas habían sido sometidas a mastectomía radical en un 80% (8 casos), mastectomía simple 10% (1 caso) y cirugía conservadora en 10% (1 caso) por causa neoplásica.

Presentaban antecedentes de radioterapia adyuvante 80% (8 casos) y todas mostraban una cicatriz retraída con un tejido exiguo de mala calidad.

El islote cutáneo oblicuo se diseñó con la paciente en posición sentada. En la primera fase quirúrgica, con la paciente en decúbito lateral se extirpó la cicatriz de la mastectomía, creándose un túnel subcutáneo hasta el borde anterior del dorsal ancho y se disecó el CDA tras pasándolo a la pared anterior torácica y cerrando la herida quirúrgica dorsal. En la segunda fase, la paciente se colocó en decúbito supino y semisentada, procediéndose a la fijación del colgajo con ácido poliglicólico (Polysorb©) de 3/0 y sutura intradérmica de poliglecaprona (Monocryl ©) de 4/0. En todos los casos se requirió de una prótesis/expansor adicional tipo Becker-35 para aportar volumen a la mama reconstruida. Se dejaron drenajes aspirativos en la cavidad anterior y en la herida dorsal.

Resultados: Las 10 pacientes intervenidas presentaban una edad media de 41,3 años (rango 35-57 años), dos de las cuales (10%) eran fumadoras activas. En el 70% (7 casos) el CDA se realizó en la mama izquierda y en el 30 % (3 casos) en la derecha. La estancia media fue de 4,4 días (rango 2-11 días).

En un caso (10%) existió congestión venosa tisular en el CDA que favoreció la extrusión del expansor y determinó su recambio. Únicamente en un caso (10%) hubo que evacuar un seroma en la zona donante. La cirugía de simetrización contralateral fue realizada en un 60% (6 casos) implantando 5 prótesis de aumento, realizando una mamopexia y 4 reconstrucciones del complejo areola-pezones.

Tras un seguimiento medio de 13,5 meses (rango 4-23 meses) no se han descrito complicaciones tardías y todas las pacientes se muestran satisfechas con los resultados obtenidos.

Conclusiones: El CDA fue descrito por Hill, Schneider y Brown y popularizado principalmente por Bostwick y colaboradores en 1979.

La reconstrucción mamaria con tejido autólogo proporciona unos resultados más naturales y duraderos. En el CDA la secuela estética en la espalda es pequeña y la pérdida funcional inapreciable, salvo en pacientes deportistas. Como desventajas mencionar que la isla cutánea puede tener una coloración y textura diferente de la pared anterior torácica y una sensibilidad disminuida o ausente. Asimismo hemos de añadir los riesgos asociados a la utilización de una prótesis mamaria y la frecuente formación de seromas en la cicatriz dorsal en el postoperatorio. En nuestra breve experiencia los resultados preliminares han sido útiles para depurar la técnica quirúrgica y satisfactorios, en relación a la mejoría estética y de calidad de vida referida por las pacientes.

Secuelas de mamoplastia. Corrección con colgajo tipo Hölstrom

J. Fernando Pérez Martínez, J.Manuel Rodríguez Alonso
Empresa Pública Hospital del Poniente. Almería

Introducción: La aplicación de técnicas de cirugía oncológica para la cirugía del cáncer de mama ha supuesto un cambio valioso en la atención de nuestras pacientes.

Material y métodos: Exponemos el caso de una paciente mujer de 43 años, tratada en otro centro de un cáncer de mama derecho, donde se le realizó una doble mamoplastia

según técnica de Wise y que presentó dehiscencia completa de la rama vertical y necrosis húmeda asociada 2 meses antes, lo cual limitó la actuación de la radioterapia postoperatoria. Dicha paciente fue tratada mediante la realización de un colgajo toracoepigástrico para la resolución del cuadro que presentaba.

Resultados: La versatilidad de dicho colgajo permitió la resolución completa y rápida del cuadro y el inicio del tratamiento complementario.

Conclusiones: Exponemos la técnica del mismo, sus indicaciones y la versatilidad del mismo como arma terapéutica para control de las complicaciones secundarias a técnicas oncológicas en la cirugía del cáncer de mama

Carcinoma escamoso primario de tiroides

Maiquez Abril, M. R.; Ocaña Wilhelmi L.T.; Cañizo Rincón, I.; León Díaz, F.J.; Lucena Navarro, F.; Cabrera Serna, I.

H. U. Virgen de la Victoria. Málaga

El carcinoma escamoso primario de tiroides es una entidad rara, constituyendo menos del uno por ciento de los casos de carcinoma tiroideo. Se suele dar en pacientes de edad avanzada y más frecuentemente en mujeres. Clínicamente no difiere de los carcinomas indiferenciados de tiroides; suelen ser de crecimiento rápido y pueden diagnosticarse por los síntomas compresivos o con menos frecuencia por síndrome paraneoplásico como hipercalcemia o leucocitosis. En ocasiones puede darse en pacientes con tiroiditis de Hashimoto.

Presentamos el caso de una paciente de 31 años de origen polaco (domicilio a más de mil kilómetros de Chernobil) sin antecedentes personales de interés salvo tratamiento con anticonceptivos orales; madre intervenida de tiroides y posteriormente tratada con yodo radiactivo, y tía paterna intervenida de tiroides, sin más datos aportados por la paciente. Estando asintomática, se deriva a endocrinología por notar su ginecólogo aumento del tamaño cervical durante una exploración rutinaria. Se diagnostica de Bocio multinodular a expensas de LTI (con prolongación de éste endotorácica) con punción-aspiración negativa para células malignas. Se interviene realizándose una tiroidectomía total. En la anatomía patológica de la pieza se observan nódulos coloides con zonas periféricas de metaplasia escamosa, que incluyen áreas con atipias nucleares, mitosis y expresión de p53, sugestivas de transformación en carcinoma escamoso, descartándose invasión de la capsula ni vascular. Actualmente está en seguimiento por Endocrinología, con ecografía a los 3 y 5 meses y PET-TAC a los 4 meses negativos para recidiva tumoral y en tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea.

Se trata de un caso raro de carcinoma tiroideo, no sólo por su diferenciación celular poco frecuente de por sí en los tumores tiroideos como por su edad, ya que estos tumores se dan en pacientes de edad avanzada.

En las tiroidectomías totales es importante llevar a cabo una cirugía sin restos tiroideos en la medida en el que el caso lo permita ya que pese a una biopsia previa de benignidad pueden darse casos de tumores agresivos tiroideos, evitándose así una posterior cirugía de rescate.

Quiste paratiroideo funcional gigante. A propósito

de un caso

Jiménez Vega FJ, Gómez Rubio D, Márquez Muñoz M, Lorente Herce JM, Claro Alves BM, Ruiz Juliá M
Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

El quiste paratiroideo es una entidad clínica poco frecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumoración en región anterior del cuello y que representa solamente el 1 % de todos los quistes cervicales. La mayoría son pequeños, asintomáticos y no funcionantes.

Presentamos un caso de un paciente con una masa cervical anterolateral de 10cm de diámetro con niveles elevados de calcio en sangre y de PTH en sangre y en la PAAF de la masa, siendo diagnosticado de quiste paratiroideo gigante.

Struma ovarii maligno asociado a bocio nodular coloidal. A propósito de un caso

López Zurera, Manuel. San Miguel Sánchez, Maximino. Lizandro Crispín, Armando. Pacheco García, José Manuel. Mayo Ossorio, M^a Ángeles
H.U. Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El Struma ovarii es un teratoma ovárico compuesto principalmente por tejido tiroideo, aunque también puede formar parte de teratomas más complejos y eventualmente de otras neoplasias como tumores carcinoides. Representa el 0.3% de las neoplasias de este órgano con una frecuencia reportada de malignidad del 5-10%, teniendo su máxima incidencia en mujeres de la quinta década de vida, si bien ha sido encontrada en individuos prepuberales y postmenopáusicos. La gran mayoría de los struma ovarii no son sospechados por la clínica, presentándose tan sólo como masa pelviana en exámenes rutinarios y confirmada su existencia mediante el estudio histopatológico post-ooforectomía.

Caso clínico: Mujer de 38 años sin antecedentes de interés salvo hepatitis en la infancia, síndrome ansioso y anemia moderada. Es remitida por Servicio de Ginecología donde ha sido intervenida de ooforectomía por supuesto quiste ovárico izquierdo con hallazgo anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides en tejido tiroideo ectópico ovárico (struma ovarii). Ante dicho hallazgo, se realiza estudio de extensión mediante analítica y TAC abdominal que resultan normales, siendo TSH, anticuerpos tiroglobulina, calcitonina y marcadores tumorales normales. En el estudio gammagráfico de tiroides se aprecia lesión nodular hipocaptadora en el tercio medio inferior del lóbulo tiroideo. Se realiza a la paciente tiroidectomía total, recibiendo posteriormente la AP definitiva de ambos lóbulos extirpados con diagnóstico de bocio nodular coloidal con hiperplasia nodular.

Resultados y conclusiones: En nuestra búsqueda científica se han encontrado muy pocos casos que asocian la presencia de bocio nodular coloidal con el hallazgo de Struma ovarii maligno. Los casos de carcinoma folicular de tiroides en struma ovarii son muy raros, si bien carcinoma papilar de tiroides y carcinoma folicular constituyen las formas malignas más frecuentes de tejido tiroideo, aunque sí la presencia de nódulos con carácter de hiperplasia benigna.

La relación entre el desarrollo de patologías tiroideas y la presencia de Struma ovarii en el mismo paciente resulta con-

trovertida: en el 5% de los casos hay evidencias clínicas de producción de hormonas tiroideas. Sin embargo, en las series de casos comunicadas no siempre las técnicas de determinación hormonal han sido adecuadas y es frecuente la asociación con bocio (16%), lo que dificulta establecer el origen de la producción hormonal. En nuestra búsqueda también hemos hallado dos casos de crecimiento tiroideo consecutivo a la extirpación del Struma ovarii, uno de ellos con tirotoxicosis posterior, si bien aquel presentaba características benignas. Aunque la asociación entre hipotiroidismo primario y struma ovarii no está clara, al reseñar este tipo de tumor se debe considerar que podría ser la principal fuente de hormonas tiroideas en algunos pacientes, por lo que es recomendable indagar por la presencia de bocio y controlar al menos con medición de TSH al paciente. Por otra parte, se ha descrito la coexistencia de carcinoma folicular tiroideo y Struma ovarii hiperfuncionante, hecho que plantea el diagnóstico diferencial entre el supuesto Struma y una metástasis ovárica de carcinoma folicular primariamente tiroideo.

Diagnóstico y tratamiento del adenomioepitelioma de mama

Gutiérrez Moreno M, Gómez Cabeza de Vaca V, Muñoz Ortega AM, Cañete Gómez J, Sousa Vaquero JM, De Leon Carrillo JM, Padillo Ruiz FJ

Unidad de Patología Mamaria, Hospitales Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Descrito por primera vez por Hamperl en 1970, el adenomioepitelioma es una lesión benigna constituida por células mioepiteliales que generan una masa macroscópicamente apreciable, generalmente solitaria y de ubicación central. Con poder de malignización, pudiendo derivar en carcinoma mioepitelial, no existe un consenso de actuación dada su escasa incidencia.

Diagnóstico: Tanto por características anatomopatológicas (varios nódulos compuestos por ambos células epiteliales y mioepiteliales, con un patrón papilar intraductal de manera focal; la presencia de metaplasia apocrina puede sugerir carcinoma apocrino in situ) como por perfil inmunohistoquímico (positividad para β -catenina, SMA -marcador más fiable-, calponina, S100 y p63; negatividad para CK19, c-Kit, ER y PR).

Tratamiento: El diagnóstico diferencial entre mioepitelioma, adenomioepitelioma y carcinoma mioepitelial determinará el tratamiento a realizar: seguimiento para los primeros, excisión local para los segundos y mastectomía radical para el tercer caso. En caso de recurrencia o afectación de los bordes no existe unanimidad de criterios; se defiende la ampliación de los bordes, pero dada su posible malignización podría realizarse tratamiento radical.

Discusión: Mujer de 63 años diagnosticada mediante tumorectomía en mama derecha de adenomioepitelioma de mama con afectación de los bordes; al considerar que se trata de una lesión benigna en la que no está aconsejada, por tanto, la ampliación de los márgenes en caso de su afectación, se ha optado por seguimiento. En caso de detectarse recidiva tumoral, se realizaría exéresis local, optando por mastectomía sólo en caso de confirmarse que la lesión es de naturaleza maligna.

Fístula del Conducto Linfático Torácico tras

Tiroidectomía

Glückmann Maldonado E, Ocaña Wilhelmi LT, Máiquez Abril R, Cabrera Serna I, Rivas Becerra J, Rivas Marín JF, Villuendas F, Salvi M.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga

Introducción: La fístula quilosa del cuello es una entidad muy poco frecuente, que se produce habitualmente tras disección ganglionar y tiene su origen casi siempre en el lado izquierdo.

Material y Métodos: Paciente de 74 años, portadora de valvulopatía mitral, sometida a Tiroidectomía Total y Vaciamiento Ganglionar Central ante la sospecha de CA de Tiroides (PAAF: Proliferación Folicular con atipia).

Resultados: A las 24 horas de la intervención el drenaje era claro seroso, en cuantía de 300 cc. No así el día 2 del postoperatorio, 700 cc y de aspecto lechoso. Al tercer día se repite el volúmen y el aspecto, confirmando que se trata de linfa al detectar cifras de triglicéridos superiores a 500 mg/dl. Una vez hecho el diagnóstico de fístula del conducto linfático torácico, se inicia tratamiento con dieta absoluta, NPT (N13 sin grasas), análogo sintético de somatostatina (octeotride) y compresión cervical izquierda. El débito desciende de forma paulatina, siendo "o" al tercer día de iniciada la terapia descrita. Al noveno día del postoperatorio se inicia dieta oral con frutas, zumos naturales, verduras cocidas y aceite MCT. A los doce días de la intervención se retira el drenaje y la paciente es dada de alta. Permaneció asintomática y sin cambios inflamatorios en el cuello todo el postoperatorio.

Conclusiones: Aunque parece haber un cierto consenso en actuar de forma escalonada en el tratamiento de la fístula quilosa del cuello, nosotros hemos iniciado de forma conjunta el total de las actuaciones encaminadas a resolverla, con éxito, al conseguir cerrarla en tan sólo 72 horas y el alta de la paciente a los 12 días de la intervención, permaneciendo sólo 6 días a dieta absoluta.

Carcinoma papilar de tiroides: a propósito de un caso extraordinariamente agresivo

J.M. Lorente-Herce, M. Márquez-Muñoz, J. Jiménez-Vega, B. Claro-Alves, M. Ruiz-Juliá, D. Gómez-Rubio, A. Galindo-Galindo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Abstract: El cáncer papilar de tiroides es el tumor maligno más frecuente de la glándula tiroidea. La variante esclerosis difusa tiene un curso más rápido y potencialmente agresivo, afectando principalmente a niños y adultos jóvenes. Presentamos un caso de carcinoma papilar tipo esclerosis difusa extraordinariamente agresivo.

Adenomas paratiroides de localización ectópica mediastínica

Sebastián Sevilla López, Florencio Quero Valenzuela, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Carlos Fernando Giraldo Ospina, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto Ladrón De Guevara.

Servicio de Cirugía Torácica. H. U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los adenomas paratiroides mediastínicos son tumores raros presentándose en esta localización en el 1-2% de los casos. Su tratamiento de elección es quirúrgico, describiéndose en la literatura distintos abordajes dependiendo de la localización y experiencia del cirujano. Las técnicas de Medicina Nuclear son muy útiles para el cirujano al permitir su correcta localización, tanto preoperatoria como intraoperatoria, así como para la confirmación de su resección.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los adenomas paratiroides mediastínicos resecados en el servicio entre 2001 - abril 2011. Variables: edad, sexo, clínica, diagnóstico, localización en mediastino, cirugía previa, vías de abordaje, técnicas de Medicina Nuclear empleadas, hipocalcemia posquirúrgica, tratamiento actual con calcio.

Resultados: 5 casos: 3 mujeres (52, 54 y 75 años) y 2 hombres (30 y 63). Todos los pacientes presentaban hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia en el momento del diagnóstico y también en todos la gammagrafía con ^{99m}Tc-Sestamibi fue positiva. Localización: 3 casos en mediastino anterior y 2 en mediastino medio paratraqueal derecho. En 2 casos se había realizado cirugía previamente mediante sendas cervicotomías: en uno se diagnosticó la recidiva por persistencia de hipercalcemia tras paratiroidectomía y en el otro no fue hallado en el primer acto quirúrgico necesitando posteriormente de la sonda gamma-detectora para su extirpación. Abordaje quirúrgico definitivo: en 2 casos se realizó abordaje quirúrgico del mediastino por cervicotomía anterior, en 1 se llevó a cabo una mediastinoscopia, en otro una videotoracoscopia derecha y en el caso restante se resecó por esternotomía. En los 3 casos más recientes se monitorizaron los niveles de PTH, confirmando en todos ellos una disminución de sus niveles mayor del 50%. Todos presentaron hipocalcemia posquirúrgica y actualmente 4 (80%) precisan de suplementos de calcio oral.

Conclusiones:

1. Distintas vías de abordaje pueden ser utilizadas con éxito para conseguir su resección completa.
2. La sonda gamma-detectora y la monitorización intraoperatoria de PTH son de gran ayuda para el cirujano durante la extirpación del adenoma paratiroideo al informar de la eficacia del tratamiento quirúrgico.
3. Se recomienda un control estrecho de las cifras de calcio tras la cirugía al ser muy frecuente la hipocalcemia posoperatoria.

Dificultades en el diagnóstico de masas retroperitoneales

JM Martos, C Méndez, R Jiménez, A Razak, M Pérez, I García, J Padillo

HU Virgen del Rocío. Sevilla

Mujer de 64 años, remitida por su MAP por pérdida del apetito y astenia de 4 meses de evolución. Asocia anemia de rasgo ferropénico. Refiere además comienzo de estreñimiento y mareos con sensación nauseosa acompañada de vómitos ocasionales. Además pérdida de peso de larga evolución, de aproximadamente 30kg. Su hija refiere que toma abundantes antiinflamatorios, por dolor de artrosis (ibuprofeno) sin asociar protección gástrica. Su MAP le ha indicado un ciclo de corticoterapia. A la exploración destaca palidez mucocutánea y masa en hemiabdomen izquierdo. En las pruebas de laboratorio, solo destaca anemia ferropénica con trombocitosis (623.000/mm³). Se realiza RMN que se informa como: Tumoralización retroperitoneal latero-aórtica izquierda, sólida y probablemente muy celular que no parece depender de estructuras anatómicas adyacentes. Ligera ectasia pielocalicial izquierda por probable compresión ureteral. En el diagnóstico diferencial de la lesión deben incluirse el paraganglioma pese a las pruebas diagnósticas realizadas, el ganglioneuroma, y sarcomas retroperitoneales sin descartarse liposarcoma diferenciado. Se interviene realizándose exéresis completa de la masa. La anatomía patológica informa de: Nódulo de 450 gr de peso y 11 x 15 x 8 cm. Está constituido por un tejido blando y elástico de disposición nodular que a nivel central muestra un área de necrosis estrellada. Tejido fibroadiposo y aparentemente ganglionar con infiltración por una neoplasia de célula grande, muy pleomórfica y con áreas extensas de necrosis. Al estudio IHQ se reconocen como linfoides con expresión de CD79a, CD20, bcl-6, MUM-1 y bcl-2, con ausencia de inmunotinción para CD3, CD246 (ALK), CD5 y CD30 entre otros (también negatividad para marcadores epiteliales, neuroendocrinos y de melanoma).

Diagnóstico: Linfoma B difuso de célula grande. Se trata de un linfoma pleomórfico, con áreas de necrosis y fenotipo centrogerminal.

Se presentan los datos iconográficos más relevantes del caso.

A pesar de la gran disponibilidad de técnicas diagnósticas, el diagnóstico diferencial de las masas retroperitoneales sigue siendo dificultoso en ocasiones

Biopsia selectiva de ganglio centinal tras tratamiento sistémico primario.

A. Palomares Cano; N. Palomino Peinado; A. Reguera; R. Polo Muñoz; B. Dueñas Rodríguez; A. Ruiz Mateas; M. Medina Cuadros.

Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Cirugía General. Jaén

Introducción: La controversia permanece sobre la BSGC en el contexto del tratamiento sistémico primario del carcinoma localmente avanzado de mama, ya que la realización de dicha técnica tras dicho tratamiento, ha demostrado la existencia de tasas inaceptables tanto en determinación de falsos negativos como en identificación del ganglio.

En pacientes con axila clínica, por imagen y PAAF negativos la BSGC presenta una tasa de falsos negativos de 0% e identificación del ganglio en aproximadamente el 100%, por lo que en estas situaciones dicha biopsia en neoadyuvancia es válida y segura antes o después de ella.

Material y métodos: Presentamos 42 casos de pacientes con carcinoma localmente avanzado de mama tratadas en los años 2008 a 2010, con exploración clínica, ecografía negativa y en casos sospechosos PAAF negativa. Recibieron tratamiento sistémico primario con un esquema de quimioterapia con Antraciclina y Taxanos (37 casos) durante 6 meses o tratamiento hormonal con Letrozol (5 casos) durante 6 meses. Fueron practicadas en mama, tumorectomía o mastectomía tras BSGC en el mismo acto operatorio, con determinación de éste por método OSNA y previamente localizado por estudio isotópico. Para el seguimiento de las pacientes se les ha practicado cada 6 meses, exploración clínica y ecografía axilar.

Se ha comparado los resultados con un grupo control de pacientes con BSGC sin tratamiento sistémico primario.

Resultados: El ganglio centinela fue identificado en el 100% de los casos, con el resultado de 37 ganglios negativos y 5 micrometástasis. En el grupo control también hubo 100% de identificación, con 39 ganglios negativos y 3 micrometástasis. Durante el seguimiento no hemos apreciado recidivas axilares, en ninguno de los grupos, y las pacientes se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la BSGC post-neoadyuvancia en pacientes con axila previa negativa es suficiente, evita una operación adicional y nos permite obtener información del estado axilar post-tratamiento importante para el pronóstico.

Tumor Phyllodes gigante

VM Ruiz García, R Molina Barea, AJ Pérez Alonso, JC Hermoso Torres, E Gómez Valverde, JA Jiménez Ríos
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: El tumor phyllodes es poco común dentro de los tumores mamarios y generalmente benigno. Aquí presentamos un caso este tumor con especial interés por su gran invasividad local y crecimiento.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 40 años que acudió a nuestro centro procedente e oriente próximo, con un tumor de mama izquierda con más de 8 años de evolución, habiendo experimentado en este tiempo un crecimiento fuera de lo común.

Se realizó mastectomía total con vaciamiento axilar, y dado el gran defecto anatómico tras extirpar el tumor se realizó cirugía reconstructiva mediante colgajo dermo-muscular de dorsal ancho, con colocación de expansor para terminar posteriormente cirugía oncoplastica.

Resultados: El examen anatomopatológico de la pieza reveló la existencia de tumor phyllodes con comportamiento sarcomatoso. Pese al resultado final satisfactorio, la paciente evolucionó con necrosis cutánea en los bordes de la herida quirúrgica pectoral, requiriendo de curas locales diarias hasta su resolución unas 2 semanas tras la intervención.

Conclusiones: El tratamiento del tumor phyllodes siempre es la excisión total con márgenes amplios, no siendo necesaria de entrada la linfadenectomía axilar. No hay evidencia suficiente para apoyar el uso de radioterapia o quimioterapia, por

lo que se requieren estudios prospectivos amplios para determinar mejor su papel.

Linfangioma cavernoso tiroideo

VM Ruiz García, AJ Pérez Alonso, T Gallart Aragón, MJ Cabrerizo Fernández, OI Morales Valentín, JA Jiménez Ríos
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: El linfangioma cavernoso del tiroides es una rara entidad clínica cuyo diagnóstico es a menudo intraoperatorio y tras examen anatomopatológico, comportándose clínicamente como un bocio multinodular.

Material y métodos: El caso que presentamos es el de una paciente de 50 años que se estudiaba en nuestro centro por parte del servicio de Endocrinología por bocio multinodular, hasta que fue derivada a nuestra consulta para cirugía electiva del mismo. Tras el preceptivo estudio preanestésico se programó para cirugía electiva, encontrando durante la misma tumoración multicavitada e hipervascularizada a expensas de toda la glándula tiroidea, con unos 9*8*4 cm (l-a-ap) por cada lóbulo. Se realizó tiroidectomía total colocando 2 drenajes aspirativos, transcurriendo la intervención sin incidencias.

Resultados: Tras 3 días de hospitalización fue dada de alta la paciente tolerando dieta, con calcemias normales y con drenajes retirados. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó de linfangioma cavernoso multiquístico y con numerosas tabicaciones y abundante vascularización.

Conclusiones: El linfangioma es una entidad clínica poco frecuente, son pocos casos los que afectan a partes blandas del cuello que requieran tratamiento quirúrgico, y menos aún los limitados a la glándula tiroidea. No existe evidencia suficiente que apoye el tratamiento adyuvante, radioterapia y quimioterapia, requiriéndose estudios prospectivos para determinar mejor su papel.

Carcinoma multifocal y biopsia selectiva de ganglio centinela

Acedo Díaz E, Guerra Bautista JA., Candil Comesaña D., Novales Vasco G., Mendizábal Rosales L., Gómez García A.
Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: La multifocalidad en el cáncer de mama se define como la presencia de 2 ó más focos tumorales en un mismo cuadrante y a menos de 5cm del foco primario, lo que lo diferencia de los tumores multicéntricos. La multifocalidad/multicentricidad presenta en nuestro medio una prevalencia del 15-34% para todos los cánceres de mama. Aunque asociado clásicamente a mal pronóstico, no hay estudios que demuestren una disminución en la supervivencia. Aportamos un caso de cáncer de mama multifocal diagnosticado en estadios iniciales y tratado complementariamente con BSGC.

Caso clínico: Mujer de 65 años sin antecedentes familiares de cáncer de mama que presenta en mamografía de screening un nódulo especulado en cuadrante superoexterno de la mama derecha, de 2cm de diámetro. En la ecografía se objetivan 2 nódulos hipocogénicos, el más interno con sombra acústica posterior y PAAF compatible con proceso proliferativo ductal (Bi-Rads IV). La palpación es negativa en mama y axila. La biopsia con aguja gruesa demuestra carcinoma ductal infiltrante. Se propone tumorectomía ampliada dirigida por arpones y biopsia

selectiva de ganglio centinela. El informe histológico definitivo objetiva 2 focos de carcinoma ductal infiltrante, el primero de 1.1cm y grado 3 y el segundo de 0.8cm y grado 1. Ganglio centinela sin evidencia de infiltración por carcinoma. Reptores de estrógenos y progesterona positivos en el 70% y 90%, respectivamente, e Índice de proliferación celular Ki67 del 15%.

Discusión: Las modernización de las técnicas diagnósticas permiten evidenciar un mayor porcentaje de casos de cáncer de mama multifocal o multicéntrico: la mamografía diagnóstica tumor multifocal/multicéntrico en el 15% del total de cánceres de mama, la ecografía en el 34%, y otros como la ecotomografía o la RMN pueden llegar al 70% en algunas series publicadas. Clásicamente se ha asociado a factores de mal pronóstico como la bilateralidad, número de adenopatías y estadio tumoral, pero estudios más recientes no han logrado demostrar que influya en la supervivencia ni en las recidivas de los tumores tratados. El estadio T tumoral se considera en relación al tamaño del foco de mayor tamaño, aunque algunos autores defienden la suma total de los tamaños de los focos para predecir el potencial metastásico, lo que según éstos implicaría que muchas pacientes se beneficiaran de los tratamientos adyuvantes al no infraestadificar la enfermedad. En el caso de nuestra paciente no existiría este problema, presentando un estadio IA. La biopsia selectiva de ganglio centinela está indicada en tumores multifocales, pero el consenso no es unánime para los de tipo multicéntrico, lo que ha permitido a nuestra paciente beneficiarse de una cirugía más conservadora

Diagnóstico casual de una segunda neoplasia tras suprarrenalectomía

JM Martos, C Méndez, R Jiménez, A Razak, M Pérez, I García, J Padillo

HU Virgen del Rocío. Sevilla

Varón de 58 años, con antecedentes de fumador de 20 - 40 c/día > 20 años y ex-bebedor, y cistoprostatectomía radical con linfadenectomía ilio-obsturator bilaterales por carcinoma urotelial de vejiga (pT2NoMo) en junio 2009. No preciso tratamiento adyuvante. En el seguimiento de la neoplasia vesical, se observa tumoración suprarrenal izquierda de 4.5 cms, no funcionante desde el punto de vista hormonal. Se indica intervención con sospecha de metástasis de carcinoma de vejiga. Se inicia la intervención vía laparoscópica, convirtiéndose por dificultades técnicas y realizándose suprarrenalectomía. El informe anatomopatológico refiere metástasis de carcinoma de células pequeñas. Se realiza PET en el que se aprecia: acúmulo patológico del trazador de morfología irregular localizado en área de glándula suprarrenal izquierda, con un tamaño 29 x 24 x 28 mm y SUV máximo de 6,4 (SUV parénquima hepático 2,3), que aunque podría estar influenciado por la reciente cirugía, dado su carácter hipermetabólico, no podemos descartar malignidad. También se identifica un discreto acúmulo del trazador localizado en glándula suprarrenal derecha, con un tamaño de 11 mm y SUV máximo de 3,1 (SUV parénquima hepático normal 2,3), por lo que dado su carácter hipermetabólico y los antecedentes del paciente, se debe descartar malignidad.

Con el juicio clínico de carcinoma de células pequeñas de origen desconocido, el paciente se encuentra pendiente de reunión multidisciplinar para decidir el abordaje terapéutico.

Se presentan los datos iconográficos más relevantes y se discuten las peculiaridades del caso.

Estenosis anal severa tratada mediante anoplastia v-y

Álvarez Alcalde, Antonio; Fernández Serrano, Jose Luis; Toval Mata, Jose Antonio; Romero Pérez, Luis Francisco; Ulecia Moreno, Javier; Recio Pando, Héctor Antonio; Ariza Rodríguez, Francisco; Tejido Pérez, Carmen

Hospital La Linea. Cádiz

Introducción: La estenosis anal constituye la pérdida de elasticidad normal del canal anal que implica una rigidez del mismo, conllevando a una alteración de la mecánica defecatoria.

Existen causas congénitas y adquiridas. Las congénitas no suelen ser tratadas por el cirujano general debido a su temprana aparición en el ámbito pediátrico. Las adquiridas pueden ser secundarias a traumatismos, radioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal, cambios seniles, neoplasias anales y con mayor frecuencia postoperatorias, siendo la hemorroidectomía por su frecuencia el procedimiento más implicado. En casos leves y moderados está indicado el tratamiento conservador basado en dieta rica en fibras, uso de laxantes y dilataciones digitales o manométricas, aunque en ocasiones puede ser de utilidad la esfinterotomía lateral interna. En casos más severos en los que predomina la fibrosis son necesarias técnicas de anoplastia para corregir la disfunción.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 32 años con antecedentes de VHC+ y VIH+ controlada con tratamiento antirretroviral. Fue diagnosticada por el Servicio de Ginecología de tumor de Buschke-Löwenstein gigante con extensa afectación de vulva y periné. Conjuntamente con Cirugía se realizó una exéresis amplia de la tumoración incluyendo vulvectomía y resección de piel y tejido celular subcutáneo de periné respetando aparato esfinteriano, completándose el procedimiento con colostomía transversa derivativa. Tras ello precisó injertos cutáneos por parte de Cirugía Plástica para reparar el defecto perineal.

Posteriormente la paciente desarrolló progresivamente una estenosis anal severa refractaria a dilataciones. Ante la insistencia de reconstrucción del tránsito, la paciente es derivada a nuestra Consulta donde entre otras pruebas se realizó RNM pélvica, comprobándose la integridad del aparato esfinteriano, por lo que se decidió realización de anoplastia V-Y bilateral amplia. Tras buen resultado en manometría anorrectal de control y ejercicios de feed-back se procedió a reconstrucción del tránsito.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, con buena tolerancia a dieta oral progresiva y recuperación de la funcionalidad defecatoria comprobada tras revisiones de control, abandonando el uso de laxantes y las dilataciones.

Conclusiones: El tumor de Buschke-Löwenstein es una patología rara, más frecuente en pacientes inmunodeprimidas que en la mayor parte de los casos obliga a resecciones amplias del tejido perineal. En pacientes complejos es fundamental el tratamiento multidisciplinario para obtener resultados finales satisfactorios. La anoplastia V-Y ha demostrado ser una excelente técnica en casos de estenosis anales severas con pocas complicaciones y evidente mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Traumatismo inguinal: una causa poco frecuente de proctalgia

C. Mauricio Alvarado, A. Ruiz Zafra, J. Valdés Hernández, P. Beltrán Miranda, J. López Ruiz, M.L. Reyes Díaz, M. Infantes Ormad, N.J. de los Reyes Lopera, A. Gordillo Hernández, Fernando Oliva Mompean.

Hospital Universitario Virgen Macarena, U.G.C. De Cirugía General y Aparato Digestivo. Sevilla

Caso clínico: Paciente varón de 26 años de edad con antecedente de traumatismo inguinal izquierdo hace un mes por coz de caballo, que le ocasionó hematoma en pene y región inguinal izquierda el cual ha ido mejorando progresivamente. En esta ocasión acude a urgencias por presentar proctalgia de 1 semana de evolución y fiebre desde hace 24 hrs.

A la exploración física se aprecia masa palpable en región inguinal de 2 cm de diámetro sin cambios de coloración en piel y sin datos de infección, pene y testículos sin alteraciones. En la región interna del glúteo izquierdo se aprecia zona de piel eritematosa e indurada y al tacto rectal presenta empastamiento en el canal anal a las 3 en posición ginecológica.

El hemograma, PCR y la química sanguínea fueron normales y la radiografía de caderas sin alteraciones. La ECO informa la presencia de hematoma inguinal izquierdo no encapsulado y adenopatías inguinales de aspecto reactivo. Al no tener una orientación diagnóstica de la causa de la proctalgia se decide realizar TAC de pelvis en donde informan de aumento de densidad con aspecto lineal estriado en partes blandas superficiales de la región inguinal izquierda extendiéndose a región perianal y glútea ipsilateral, sin evidencia de colección líquida a estos niveles. Se decide manejar al paciente conservadoramente con analgésicos, profilaxis antibiótica y seguimiento por consultas externas. El paciente fue revisado a las 2, 4 y 6 semanas presentando mejoría progresiva del dolor y sin haber presentado infección en el sitio afectado.

Discusión: El manejo de los hematomas de partes blandas depende del tamaño, compromiso funcional del sitio donde se encuentran y de la presencia o ausencia de infección. Dado que la presencia de sangre en una localización no habitual actúa como un medio de cultivo para gérmenes de flora común y otros microorganismos, se debe considerar la profilaxis antibiótica. La mayor experiencia en los hematomas perineales está descrita en la práctica ginecológica. Aunque no existen criterios establecidos sobre cuando drenar un hematoma perineal superficial se aconseja drenaje quirúrgico del hematoma cuando éste sea mayor de 5 cm o más de 200 c o más de 15 cm². Las indicaciones claras de intervención quirúrgica son la caída del hematocrito, inestabilidad hemodinámica, la presencia de necrosis o infección del sitio afectado.

La proctalgia en este caso clínico puede explicarse por la irritación del nervio pudendo. La inervación del periné viene dada por el nervio pudendo el cual es motor y sensitivo con origen en el plexo sacro (S2-S4). Las ramas de dicho nervio son las perineales profundas y superficiales, los cuales inervan los planos superficiales y profundos del periné alcanzando los tejidos subcutáneos genitales y piel así como los músculos superficiales del periné, la rama hemorroidal inferior que inerva al esfínter externo del ano y piel adyacente y la rama terminal que es el nervio dorsal del clítoris o pene.

Angiofibroma celular pedunculado de la vulva. Un raro tumor de tejido blando característico de la región perineal

J.J. Segura Sampedro, S. García Ruíz, M. Requena Díaz, A.M. Sánchez Cárdenas, J.A. Martín Cartes, M.J. Tamayo López, M. Bustos Jiménez, F. Docobo Durántez, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Presentamos el caso de un tumor mesenquimal mixoide benigno pedunculado gigante asentado sobre labio mayor derecho en una mujer de 48 años de edad.

Caso clínico: Mujer de 48 años de edad con antecedentes ginecológicos de tres partos eutócicos, acude a nuestras consultas derivada por ginecología con diagnóstico de sospecha de hernia por sensación de masa de meses de evolución en región inguinovulvar derecha. En la exploración se objetiva tumoración dependiente del labio mayor derecho de 10cm, no se palpa estructura alguna que se dirija desde la masa hacia a abdomen. Se realiza ecografía que visualiza tumoración de unos 15 cm de tamaño que se manifiesta por un nódulo hipocogénico, homogéneo, que contiene un tallo vascular en la zona del pedículo externo. La vascularización se bifurca periféricamente al nódulo y alguna se introducen dentro del nódulo hipocogénico donde observamos vasos tanto arteriales como venosos.

Pese a la benignidad de la lesión se decide intervención quirúrgica dado el continuo aumento de tamaño de la masa y la dificultad de movilidad que esta acarrea, así como el perjuicio estético que ocasiona. Se realiza exéresis de la masa bajo anestesia raquídea sin complicaciones siendo alta al día siguiente de la intervención. El estudio anatomopatológico resultó en Angiofibroma Celular.

Discusión: El angiofibroma celular (AFC) es una neoplasia mesenquimal benigna descrita como entidad histopatológica en 1997 por Nuci et al. en 1997. El AFC asienta preferentemente en la región vulvar. Está compuesto por dos estirpes celulares, células fusiformes y estromales de vasos sanguíneos. Característicamente los AFC son tumores menores de 3 cm que están generalmente bien delimitados, apareciendo típicamente en edad media de la vida (media de 47 años). Por inmunohistoquímica estos casos son positivos para vimentina y CD34 (60%) pero negativos para actina y desmina, lo que es importante para excluir otras lesiones mesenquimales vulvovaginales en el diagnóstico diferencial, tales como el angiomioma y el angiomioblastoma. Los AFC son casi siempre positivos para receptores de estrógeno y progesterona, sugiriendo un posible origen y desarrollo derivado del mesenquima subepitelial positivo para receptores hormonales del tracto urogenital femenino.

Conclusión: Presentamos el caso de un angiofibroma celular en una mujer de 42 años; que se presentó clínicamente como sospecha de Bartholinitis / Hernia. Los AFC pertenecen al grupo de tumores de células fusiformes que afectan a la vulva y debe formar parte del diagnóstico diferencial de las masas que asientan en dicha localización

Microperforación de sigma causada por hueso de pollo simulando diverticulitis aguda: caso clínico

C. Mauricio Alvarado, L. Sanchez Moreno, F. Del Rio Lafuente, J. Lopez Ruiz, J. Lopez Perez, ML Reyes Díaz, M. Infantes Ormad, NJ de los Reyes Lopera, A. Gordillo Hernández, F. Oliva Mompean.

Hospital Universitario Virgen de Macarena, Unidad de Cirugía de Urgencias, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Sevilla

Caso: Paciente varón de 68 años con antecedente de estreñimiento, prostatectomía por carcinoma de próstata y colocación de prótesis de pene hace 10 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso localizado en fosa iliaca izquierda e hipogastrio de 24 horas de evolución acompañado de fiebre. La analítica muestra leucocitosis de $12,6 \times 10^3 / \mu\text{L}$, neutrófilos de 81,2% y PCR de 66.2 mg/L. La TAC evidenció en colon sigmoides numerosos divertículos y un segmento de paredes engrosadas con aumento de la densidad de la grasa adyacente por cambios inflamatorios, presencia de pequeña burbuja de gas por microperforación sin abscesos ni colecciones, además cuerpo extraño de alta densidad y morfología lineal de 3,5 cm de longitud que atraviesa la pared del sigma, no hay colecciones ni abscesos. Dada la clínica y ausencia de perforación libre a cavidad, se trata de forma conservadora practicándose rectosigmoidoscopia la cual muestra diverticulosis en sigma y a 25 cm del margen anal la mucosa es edematosa e hiperémica encontrándose un cuerpo extraño que resultó ser un hueso de pollo. Se decidió ingresar al paciente para observación y tratamiento antibiótico con ertapenem por 5 días. El paciente continuó con tratamiento antibiótico en casa con ertapenem I.M. por 2 días mas, posteriormente fue revisado al mes en consultas externas sin incidencias ni complicaciones.

Discusión: La introducción de cuerpos extraños en la región colorrectal pueden ser clasificados de varias formas, voluntario e involuntario, sexual o no sexual, iatrogénicos (instrumental médico) o por ingestión oral.[1]

La exploración abdominal puede ser normal o puede existir rigidez abdominal o hasta peritonitis difusa si ha existido perforación. La exploración rectal puede ser normal o presentar melena o hematoquezia dependiendo del tiempo de presentación. La presencia de leucocitosis o acidosis metabólica se correlaciona con el grado de extensión del daño intestinal. Los estudios de imagen siempre son útiles y puede ser desde una radiografía simple de abdomen (la cual puede dar información de las características del cuerpo extraño y de la existencia de neumoperitoneo) hasta una TAC. [2-4]

En la valoración clínica del paciente debemos centrarnos en la presencia de signos de perforación intestinal, ya que ante la presencia de hipotensión, peritonismo, presencia de neumoperitoneo o líquido libre en cavidad peritoneal, debemos planearnos intervención quirúrgica urgente.[2-4,9]

La mayor parte de los cuerpos extraños en recto-sigma se pueden extraer por vía transanal y siempre se debe tener en cuenta la forma (puntiagudo, romo, irregular, etc.) y tamaño del objeto. Los cuerpos extraños con bordes no traumáticos y grandes (oclusión del lumen intestinal) pueden ser extraídos de diferentes formas (sonda Foley, inyección de aire, imanes, sonda de Sengstaken-Blakemore, vacuum obstétrico, etc). No

se recomienda el uso de enemas ni supositorios (Grado 2C). [4-8]

La mayor parte de los pacientes con cuerpo extraño en sigma requieren de recto-sigmoidoscopia para la extracción del cuerpo.[4] posterior a la extracción del cuerpo extraño, se recomienda observación del paciente por 24 a 48 hrs y colonoscopia de control para descartar perforación aunque ésta no es siempre necesaria. [1-3]

Las bicicletas son para el verano pero, ¿son peligrosas?

Turiño Luque Jesus Damián, Zambudio Carrol Natalia, Paz Yañez Alejandro, Corral Martíz Emilio, Bustos Merlo Ana, Mansilla Roselló Alfonso, Carrasco Muñoz Manuel, Torres Alcalá Tomás, Ferrón Orihuela Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Es bien conocida las lesiones derivadas de accidentes de tráfico. Sin embargo existen menos trabajos que analizan el alcance real de las lesiones deportivas y especialmente el uso de las bicicletas.

Objetivo: Conocer el alcance de las lesiones abdominales producidas por montar en bicicleta.

Material y método: Estudiamos retrospectivamente los pacientes politraumatizados durante un periodo de 11 años, diferenciando los debidos a bicicleta frente a traumatismos por accidentes de coche y moto. Empleamos el programa SPSS 17.0 para el análisis estadístico.

Resultados: 790 pacientes ingresaron en urgencias por politraumatismos, el 54.6% (n=431) correspondían a los casos especificados.

Etiología: accidente de coche 65% (n=280), accidente de moto 29% (n=125), bicicleta 6% (n=26).

Edad media: coches 34.3 años(4-83), motos 26.5 años (10-77), bicicletas 22.6 años (6-73).

Distribución por sexos (hombre:mujer): coches 2.6:1; motos 9.4:1; bicicletas 25:1.

Al comparar las lesiones abdominales de forma global entre los tres grupos no hubo diferencias significativas: coche vs. bicicleta (79.6% vs. 65.4% p=0.149), moto vs. bicicleta (77.6% vs. 65.4% p=0.286).

Al analizar por órganos encontramos:

Lesiones hepáticas: coche vs. bicicleta (31.8% vs. 35.3%, p=0.98), moto vs. bicicleta (38.1% vs. 35.3%, p=0.31)

Lesiones esplénicas: coche vs. bicicleta (52.9% vs. 35.3%, p=0.25), moto vs. bicicleta (49.5% vs. 35.3%, p=0.413)

Lesiones pancreáticas: coche vs. bicicleta (2.42% vs. 23.5%, p=0.0002).

Al comparar lesiones genitourinarias: coche vs. bicicleta (22.8% vs. 61.5%, p=0.0001), moto vs. bicicleta (21.6% vs. 61.5%, p=0.0001)

Conclusiones: Los accidentes de bicicleta en nuestra serie presentan de manera estadísticamente significativa mayor riesgo de lesión pancreática frente a los accidentes de coche y de lesión genitourinaria frente a accidentes de coche y moto.

Toracofrenolaparotomía de control de daños en un hospital comarcal

Guerra Bautista JA., Moalla Massa AK., Román Millán MJ., Fernández García E., Luque Ordoñez J., Infantes Montiel A. Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: La gravedad y el peligro para la vida que suponen las lesiones torácicas penetrantes exigen una respuesta inmediata con diagnóstico y tratamiento precoces. Las heridas por arma de fuego suponen menos de la cuarta parte de los casos en nuestro medio, presentan una mortalidad mayor y se asocian a lesiones atípicas. La supervivencia depende fundamentalmente de la demora de menos de treinta minutos del tratamiento por los servicios de Urgencias, y de la afectación multiorgánica. Presentamos un caso de trauma torácico penetrante por arma de fuego con afectación de varios órganos en un centro hospitalario sin Servicio de Cirugía Torácica.

Caso clínico: Paciente varón de 46 años trasladado a Urgencias por UCI móvil por traumatismo torácico abierto, debido a disparo a bocajarro por escopeta de cartucho de perdigones. Consciente al ingreso, presenta herida inframamilar izquierda contusa y penetrante, no soplante, a través de la cual se visualiza pared gástrica. A la palpación se evidencia pérdida de sustancia a expensas de tejido celular subcutáneo, masa muscular y huesos costales, y sustitución de ellos por coágulos. En TAC toracoabdominal con contraste intravenoso se objetiva desplazamiento mediastínico a la derecha, moderado hidroneumotórax, adelgazamiento de la pared muscular torácica y abdominal lateral izquierda por el que protruye fundus gástrico y ángulo esplénico del colon, fracturas costales, y gran enfisema subcutáneo. Múltiples imágenes hiperdensas milimétricas en hemitorax izquierdo. El estado general del paciente empeora minutos después, entrando en shock hipovolémico y fallo respiratorio. Se procede a toracotomía sobre área de entrada y evacuación de coágulos. Rotura diafragmática por la que existe herniación de estómago, colon y bazo, éste último con varias laceraciones profundas en superficie de contacto con bordes costales cortantes y responsable del hemotórax presente. Rotura por igual mecanismo del lóbulo pulmonar inferior izquierdo con fuga aérea. Se realiza laparotomía exploradora, ampliación del defecto diafragmático, esplenectomía, cierre del defecto diafragmático con apoyo de prótesis de PTFE, sutura mecánica del pulmón con extracción de parénquima inviable, y drenaje pleural. La reparación temporal del defecto de pared torácica se efectúa con prótesis composite. El paciente se encuentra estable a las 36 horas y se traslada a centro de referencia.

Conclusiones: El traumatismo abierto de tórax es una entidad de pronóstico grave que afecta fundamentalmente a varones jóvenes. En el 97% de los casos cursa con hidro/neumotórax. El hemitorax izquierdo es el más frecuentemente afectado y el pulmón el órgano más dañado (en cambio, en los traumas toracoabdominales es el hígado la víscera más afectada, seguida del bazo). El traumatismo abierto puede ser penetrante, a diferencia del no penetrante (no interesan la cavidad torácica) o el transfixiante (tiene orificio de salida). El pronóstico vital depende del mecanismo de acción (arma de fuego), de la rapidez de instauración del tratamiento médico (más de 30 minutos), de la presencia de neumotórax abierto

o a tensión, taponamiento cardíaco, tórax flotante o embolia gaseosa, así como otras entidades menos típicas como rotura de diafragma. La mortalidad en pacientes con más de un órgano dañado alcanza el 35%. Las indicaciones de toracotomía urgente son fundamentalmente grandes hemotórax, shock grave o hemopericardio. La cirugía de control de daños se basa en reparar en un primer tiempo las lesiones que ponen en peligro inmediato la vida del paciente y relegar a un segundo tiempo la resolución completa de todas las lesiones cuando el paciente se encuentra en mejores condiciones (acidosis, hipotermia y coagulopatía).

Terapia de cierre asistido por vacío en el tratamiento de infecciones superficiales del sitio quirúrgico

J.J. Segura Sampedro, A.M. García Cabrera, V. Sojo Rodríguez, C. Jordán Chaves, I. Ramallo Solís, S. García Ruiz, F. López Bernal, C.P. Ramírez Plaza, F. Pareja Ciuró, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que promueve la cicatrización en el lecho de la herida quirúrgica mediante la aplicación de presión negativa. La aspiración continua elimina los fluidos y exudados de la herida quirúrgica y favorece la tanto la reducción del área de la herida como la angiogénesis.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años de edad con antecedentes diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, enfermedad diverticular, apendicectomía y hernioplastia umbilical que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en hipogastrio de menos de 24h de evolución, sin vómitos, fiebre ni otra sintomatología acompañante. A la exploración dolor y defensa generalizada, con signos de irritación peritoneal. Se objetiva hernia ventral conocida sin aparentes signos de complicación. Analítica 15240 leucocitos con neutrofilia. Se realiza Radiografía de tórax en la que se visualiza cámara de neumoperitoneo en ambas cúpulas diafragmáticas, por lo que es intervenido con diagnóstico de diverticulitis perforada.

Se realiza abordaje inicialmente laparoscópico, objetivando peritonitis purulenta difusa secundaria a perforación de sigma. Múltiples adherencias por eventroplastia previa hacen necesaria la reconversión a laparotomía. Se realiza resección de sigma y colostomía terminal en FII (intervención de Hartmann). Pese a postoperatorio inicialmente favorable en UCI, posteriormente se aprecian signos de necrosis en la colostomía y se decide reintervención. Se procede a retirada completa de malla previa y reconstrucción del tránsito. Durante el postoperatorio se produce infección severa de herida quirúrgica realizándose desbridamiento y Friedrich de herida quirúrgica bajo anestesia general 10 días después de la segunda intervención. Se inicia terapia VAC suprafascial, realizando 3 recambios de esponja. Diez días después se procede a cierre definitivo de herida abdominal. El paciente es dado de alta hospitalaria sin incidencias. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada.

Conclusiones: La infección de sitio quirúrgico supone un problema de salud de gran importancia. Produciendo un incremento de la morbimortalidad y del gasto económico.

La terapia VAC puede mejorar y acelerar la cicatrización de las heridas especialmente en el caso de heridas muy contaminadas, reduciendo así la morbimortalidad y el gasto asociado.

Tratamiento de las roturas traqueales post-intubación

Sebastián Sevilla López, Florencio Quero Valenzuela, Francisco Hernández Escobar, Amira Alkourdi Martínez, Carlos Fernando Giraldo Ospina, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto Ladrón De Guevara.

Servicio de cirugía torácica. h. u. virgen de las nieves. granada

Introducción: Las lesiones de la tráquea durante la intubación son unas complicaciones muy poco frecuente de la anestesia general. Están asociadas a intubaciones selectivas con tubos de doble luz, hiperinsuflación del balón, vía aérea difícil, movilización repetida del tubo, mujeres y talla corta. La pars membranosa suele ser la zona más afectada y clínicamente se caracterizan por enfisema mediastínico y subcutáneo con o sin insuficiencia respiratoria. Para su tratamiento existen distintas opciones que dependen del tamaño de la rotura, localización y repercusión clínica.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de rotura traqueal iatrogénica entre 1990 y abril de 2011. Variables: edad, sexo, clínica, diagnóstico, lesión traqueal, tratamiento, estancia hospitalaria (EH).

Resultados: 6 casos: 5 mujeres (edad media 62.2 años) y 1 hombre (76 años). Todos tras anestesia general: 3 intubaciones orotraqueales simples en cirugía abdominal y 3 selectivas en cirugía torácica. De estas tres últimas, en dos casos se objetivó el neumomediastino durante la cirugía, reparándose de forma directa sólo en una por ser abordaje abierto. El neumomediastino fue un signo constante en todos los casos. Diagnóstico de confirmación: en 4 casos por fibrobroncoscopia y en 2 por visión directa durante la cirugía. Tamaños de la rotura: entre 2.5cm y 6cm y siempre en la pars membranosa. Tratamiento: quirúrgico en 4 casos mediante sutura con puntos sueltos a través de 3 toracotomías derechas y 1 cervicotomía. En 1 caso se optó por una endoprótesis traqueal al rechazar la paciente la cirugía y en otro fue conservador debido a la estabilidad clínica. En todos los casos la evolución fue favorable. EH: 12.3 días.

Conclusiones: 1. Las roturas traqueales post-intubación son más frecuentes en la 6ª-7ª década de la vida y mujeres. Se debe sospechar ante la aparición de enfisema mediastínico o subcutáneo durante o tras una cirugía.

2. La pars membranosa es la zona más frecuentemente afectada.

3. Existen distintas opciones terapéuticas y abordajes quirúrgicos que se deben valorar para cada caso individualmente dependiendo de la clínica, localización y tamaño de la rotura.

Análisis de 28 casos de heridas torácicas por arma de fuego

S. Sevilla López (1), F. Quero Valenzuela (1), I. Piedra Fernández (2), A. Alkourdi Martínez (1), F. Hernández Escobar (1), C. F. Giraldo Ospina (1), C.I. Bayarri Lara (1),

J. Ruiz Zafra (1), A. Sánchez-Palencia Ramos (1), A. Cueto Ladrón de Guevara (1).

1. *Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.* 2. *UGC Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Granada*

Introducción: La importancia de las heridas torácicas viene determinada por su gravedad y potencial mortalidad, circunstancias que suelen ser agravadas cuando son producidas por un arma de fuego.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio entre 1986 y abril de 2011 por heridas torácicas por arma de fuego (HTAF). Variables: edad, sexo, etiología, lesiones intra y extratorácicas, localización del orificio de entrada, tratamiento, estancia media (EM) y mortalidad.

Resultados: 28 casos: 27 hombres (96.5%). Etiología: 23 agresiones (edad media 36.3 años), 3 autolisis (62.7 años) y 2 accidentales (25.5 años). La edad media de los pacientes que se autolesionan es superior a la del resto de etiologías, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.012$). Lesiones torácicas: la más frecuente fue la afectación parenquimatosa pulmonar (16 casos) seguida del hemo-neumotórax (8 casos) y del hemotórax aislado (7 casos). Lesiones extratorácicas: en 14 casos, siendo en abdomen y extremidades las más frecuentes. Localización del orificio de entrada: 17 en hemitórax derecho y 11 izquierdo. 23 anteriores y 5 posteriores. En todos los casos de autolisis el orificio de entrada fue anterior izquierdo ($p=0.064$). Tratamiento: 15 toracotomías, 7 drenajes torácicos, 1 videotoracoscopia y en el resto conservador. Por localización, el 94.1 % de las heridas en el lado derecho necesitaron de cirugía mientras que en el lado izquierdo fueron el 63.6% ($p=0.062$). EM: 15.5 días. Mortalidad: 2 casos (7.1%).

Conclusiones:

1. Las HTAF son más frecuentes en varones jóvenes como resultado de agresiones.

2. Las autolisis por HTAF son características de varones mayores en hemitórax anterior izquierdo.

3. La cirugía es el tratamiento más frecuente, siendo el hemotórax su principal indicación y la toracotomía la vía de abordaje más utilizada.

Ingesta de cuerpos extraños metálicos: cuando la cirugía es la única opción de entrada

Jiménez Riera G, Jordán Chaves CA, Navas Cuéllar JA, García Martínez JA, Ramírez Plaza CP, Jiménez Rodríguez RM, López Bernal F, García Cabrera AM, Flores Cortés M, Prendes Sillero E, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz FJ.

UCG de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La ingesta voluntaria de cuerpos extraños (CE) se relaciona en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos, alcoholismo, o búsqueda de acceso a un centro médico. Un 10-20% requiere intervención médica, y en menos de un 1% es necesaria intervención quirúrgica. La mayoría se presenta de forma asintomática, y la presencia de síntomas como náuseas, vómitos, hematemesis o dolor abdominal hay que sospechar la aparición de complicaciones como sangrado, perforación u obstrucción. El riesgo de complicaciones con los

CE puntiagudos es mayor (35%), por lo que deben ser considerados de forma especial para su manejo.

Una vez que el CE ha llegado al estómago, aprox. un 80% se elimina espontáneamente. Los CE largos (mayor de 6-10 cm) o con diámetro mayor de 2 cm, tienen una baja probabilidad de atravesar el píloro o la curvatura duodenal, por lo que deben ser extraídos. Se recomienda cirugía en caso de fracaso del tratamiento endoscópico, de ingesta masiva de CE o ante la aparición de complicaciones. El abordaje más frecuente para la extracción de cuerpos extraños gástricos es la gastrostomía longitudinal. En pocas ocasiones es necesario realizar resecciones gástricas.

Material y métodos: Presentamos el caso de una presidiaria de 34 años, hipertensa y obesa (IMC de 31.5), que ingirió de forma voluntaria un cuchillo. La paciente se mostraba asintomática y con buen estado general. La radiología simple de abdomen mostró que el cuerpo extraño se alojaba en el estómago, sin que se objetivaran signos de obstrucción ni perforación.

Dadas las características del cuerpo extraño (mayor de 10 cm de longitud, borde afilado) se decidió su extracción. En dos ocasiones se intentó la extracción endoscópica, pero no fue posible, por lo que se intervino a la paciente de forma urgente. A través de mini-laparotomía media se realiza pequeña gastrostomía y extracción del cuchillo. El postoperatorio inmediato cursó de forma favorable, siendo dada de alta al cuarto día.

Necrosis glúteas en paciente en tratamiento con vitamina K intramuscular

Daniel Pérez Gomar, M^a Carmen Bazán Hinojo, Marcos Alba Valmorisco, Ander Bengoechea Trujillo, Manuel López Zurera, Maria Angeles Mayo Osorio, Jose Manuel Pacheco García

H.U. Puerta Del Mar. Cádiz

Introducción: Hablamos de úlcera cutánea para hacer referencia a la pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, dermis, y en ocasiones, a planos más profundos. Con cronificación de la misma, hacemos referencia a aquellas úlceras que llevan más de seis semanas sin curación. Su etiología es muy diversa, siendo la más frecuente la vascular. Se presenta el caso de un paciente con lesiones en región glútea de 3 años de evolución, que no parece guardar relación con la etiología descrita en la literatura. Se realiza búsqueda bibliográfica exhaustiva no encontrándose casos similares.

Caso clínico: Paciente de 56 años con vida activa, con antecedentes de cirrosis hepática de origen enólico, CHC en segmento III diagnosticado en 2010 e intervenido en enero de 2011.

El paciente es seguido por Digestivo desde 2001 por hepatopatía crónica Child A, estando en tratamiento con vitamina K (konakion) intramuscular desde entonces. Hace 3 años, debuta con lesiones ulcerativas en región glútea, desencadenada tras sepsis por *Pseudomona aeruginosa*, consecuencia de la administración de vitamina K intramuscular. En las lesiones se puede apreciar la existencia de calcificación distrófica. Tras una evolución tórpida, se consigue la cicatrización de las heridas por segunda intención. Hace 1 año, comienza con tra-

tamiento quimioterápico (sorafenib) por reciente diagnóstico de CHC, reapareciendo las heridas glúteas, con múltiples cristales en sus paredes y fondo. Se toman muestras para biopsia, informándose como proceso reactivo crónico. Los cristales estudiados son compatibles con konakion cristalizado. Se le practica TAC, evidenciándose en lo cortes extensas calcificaciones a nivel de tejido celular subcutáneo de ambas regiones glúteas con zona de pérdida tisular.

Se decide colocación de dispositivo VAC tras realización de Friedrich de las heridas. En el momento actual, continua con curas periódicas mediante dicho dispositivo.

Discusión: Las úlceras crónicas se dan en el 1% de la población general, afectando sobre todo a enfermos de edad avanzada. Aproximadamente en el 90% de los casos la etiología es de origen vascular, siendo el 60-70% de origen venoso y en un 10% de origen arterial. En un 5-10% la etiología es por pie diabético y un 2-16% está representado por las úlceras de presión. En nuestro medio, las más frecuentes son las localizadas en miembro inferior, seguido del pie diabético y por último las úlceras de presión. Favorecen su aparición la edad avanzada, la diabetes mellitus, hipovitaminosis (K, A, C), coagulopatías, períodos prolongado de inmovilidad, etc.

Las úlceras crónicas de origen venoso se deben a un aumento de la presión venosa superficial. Las úlceras por presión se originan por el aumento de la presión y por fricción sobre determinadas regiones anatómicas del cuerpo.

Las complicaciones más frecuentes son la recurrencia y la infección. Más raramente se da la degeneración neoplásica o la osteomielitis. El pronóstico es variable, teniendo como denominador común el período prolongado para la curación. Tras 24 semanas de tratamiento se obtiene buena respuesta en un 30-60% de los casos, al año hasta un 70-85%.

El caso que nos ocupa, se trata de un varón de edad media, con una vida activa y sin patologías vasculares o endocrinas que pudieran justificar la aparición de las lesiones glúteas que sufre. Además, el paciente nunca ha tenido un período de encamamiento prolongado para poder atribuir dichas lesiones a úlceras por presión. El único desencadenante evidente es la administración de konakion intramuscular, con la posterior cristalización del fármaco a nivel del tejido celular subcutáneo. Es por esto que nos planteamos que las lesiones puedan deberse a la administración de éste medicamento.

Absceso de psoas con edema de miembro inferior

Ruiz de Adana Garrido A., Numancia Andreu M., Gómez Arroyo. A., Flores Arcas A., Sanchez Pascual A., Fuentes Martos R., Granda Paez R., Albert Vila A., Moya Vazquez R.

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Jaén

Introducción: La tuberculosis espinal es una de las enfermedades más antiguas de las que se tiene constancia. Se han podido observar lesiones vertebrales sugestivas de tuberculosis en momias egipcias datadas hacia 3400 A.C. La tuberculosis de huesos y articulaciones es responsable de casi 10% de los casos de enfermedad extrapulmonar. La patogenia de la tuberculosis osteoarticular guarda relación con la reactivación de focos hematógenos o con una diseminación procedente de los ganglios linfáticos paravertebrales próximos. La tuberculosis vertebral

(enfermedad de Pott o espondilitis tuberculosa) suele afectar a dos o más cuerpos vertebrales adyacentes. En los niños, la columna dorsal alta pero en los adultos se afectan más la región dorsal baja y las vértebras lumbares superiores. En fases avanzadas del proceso, el colapso de los cuerpos vertebrales provoca una cifosis o giba. También se puede formar un absceso "frío" paravertebral. Cuando este absceso está en la parte baja de la columna puede llegar a los ligamentos inguinales o manifestarse como un absceso del psoas.

Materiales y métodos: Varón de 24 años de origen subsahariano, residente en España desde hace 6 años. Desde un mes antes del ingreso presenta edema progresivo de MII y febrícula. Exploración: Abdomen empastado con sensación de masa en flanco izquierdo. Adenopatías inguinales. Edema con fovea positivo en todo el miembro inferior izquierdo, sin signos de flebitis ni infección. Analítica: leucocitosis moderada, VHC, VHB Y VIH, negativos. Mantoux positivo. Baciloscopia esputo, negativas tres muestras. Radiografía de tórax, normal; Eco- doppler MII, compresión de estructuras vasculares a nivel inguinal; TAC Abdomen, absceso musculo psoas y paravertebral izquierdo, destrucción ósea del sacro izquierdo y cuerpos vertebrales de L2 a L5.

Resultados: Ante la compresión venosa del MII y el gran tamaño del absceso del psoas se realizó un drenaje percutáneo de este, con toma de cultivo. Los resultados fueron: líquido purulento con citología y cultivo negativos pero con baciloscopia positiva. En el cultivo específico para mycobacterias se aisló un mycobacterium sp.

Con el drenaje desapareció el edema a los 4-5 días. Con la baciloscopia positiva se comenzó tratamiento para la tuberculosis, desapareciendo la fiebre en picos a los tres días, prosiguiendo después tras el resultado positivo del cultivo, según las pautas standard para dicha enfermedad.

Valorado el enfermo por traumatología y ante la ausencia de síntomas vertebrales en la actualidad, es derivado a la unidad de columna para seguimiento y tratamiento de posibles complicaciones de su espondilodiscitis tuberculosa.

Conclusiones: La tuberculosis debe estar presente en el diagnóstico diferencial de abscesos intraabdominales, sobre todo en personas de origen africano, donde es endémica. La evacuación del absceso frío tuberculoso, puede no estar indicada si este es pequeño y se tiene un diagnóstico de certeza que permita su tratamiento médico; en este caso era voluminoso con compresión de estructuras vasculares y no se tenía el diagnóstico definitivo.

Epidemiología y sensibilidad antibiotica de los microorganismos causantes de infecciones de partes blandas

Gonzalez Martinez M., Machado Romero I., Perez Alonso AJ., Miron Pozo B., Jimenez Rios JA.

Hospital Clinico San Cecilio . Granada

Introducción y objetivos: Las infecciones de piel y tejidos blandos suponen el 10% de los ingresos hospitalarios. Se ha observado una incidencia creciente, debido al envejecimiento de la población y al incremento de patologías inmunosupresoras. Existen una gran cantidad de entidades clínicas incluidas bajo este epígrafe. Distinguiremos entre infecciones cutáneas

primarias (hidrosadenitis, erisipela, gangrena..) e infecciones de distintos tipos de heridas (quirúrgicas, úlceras por presión, úlceras venosas, infecciones en pie diabético).

Nuestros objetivos con este estudio son: Conocer la distribución epidemiológica y la sensibilidad a antibióticos de las principales bacterias aisladas en infecciones de piel y tejidos blandos en nuestra área sanitaria. Comparar con el proyecto VIRA de 2006 la prevalencia de determinados microorganismos que presentan mayor problemática desde el punto de vista terapéutico como son: SARM, Enterococcus spp resistente a Ampicilina, Escherichia coli resistente a Ciprofloxacino y Pseudomonas areuginasa.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los resultados de identificación bacteriana y de sensibilidad antibiótica, entre Mayo de 2008 y Agosto de 2009, de 859 bacterias aisladas recogidas entre pacientes con signos de infección moderada o grave de piel y tejidos blandos. Fueron obtenidas de infecciones de heridas quirúrgicas, úlceras por presión, infecciones en pie diabético y úlceras venosas.

Resultados: Staphylococcus aureus fue el principal patógeno responsable con un 46,6% seguido de Escherichia coli (16,48%), Pseudomonas areuginasa (14,1%) y Enterococcus spp. (13,15%). Estos datos coinciden parcialmente con el programa SENTRY donde la tendencia se invierte en los últimos tres microorganismos. Según el estudio VIRA la incidencia de SARM es del 29%, siendo este porcentaje muy similar en nuestro estudio. Entre los aislamientos de SARM es frecuente la resistencia a clindamicina, siendo en el estudio VIRA de 2006 del 33% mientras que en nuestro estudio de 53,2%. Se aprecian diferencias importantes en la tasa de aislamiento de Enterococcus spp, resistentes a ampicilina entre el estudio VIRA (62,9%) y nuestro estudio (8,5%). El progresivo aumento de la resistencias de Escherichia coli a las quinolonas es comentado en diferentes publicaciones; en nuestro estudio alcanza el 42,3% situándose por encima del 26,6% del estudio VIRA. En lo referente a Pseudomonas areuginasa apreciamos diferencias con VIRA, siendo mayores en nuestro estudio, en la mayoría de resistencias a antimicrobianos evaluados. Las más relevantes fueron las referentes a Cefotaxidima, Meropenem y Tobramicina.

Discusión: Al comparar nuestro estudio con el programa VIRA de 2006 apreciamos similitudes en algunas situaciones con el porcentaje de microorganismos aislados antes comentados, como sucede para SARM, pero también diferencias como es el caso de Enterococcus spp, resistente a ampicilina aislado en mayor porcentaje en VIRA 2006 y Escherichia coli o Pseudomonas areuginasa aislado en mayor porcentaje en nuestro estudio. Podemos concluir que el aumento de las resistencias a antibióticos por parte de los microorganismos hace que sea necesario un uso racional de los mismos, intentando evitar el sobretratamiento de infecciones leves con antibióticos de amplio espectro. Así como la necesidad de estudios de vigilancia epidemiológica de resistencia antibiótica para poner en alerta a clínicos y pacientes.

Obstrucción intestinal en paciente con endometriosis

M. Balbuena, J. Álvarez, A. Najeb, M. J. Jiménez, J. Falckenheiner, A. Camacho, MA. Urbano, L. Costilla, V. Vega, A. Gutiérrez, M. Velasco

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Introducción: el 12% de las pacientes con endometriosis presentan en algún momento afectación gastrointestinal. Una obstrucción completa de colon es una rara complicación que se da en menos del 1% de dichas pacientes.

Material y Método: describimos el caso de una paciente de 44 años con antecedentes de endometriosis que desarrolló un cuadro de 4 días de evolución compatible con obstrucción intestinal a nivel de sigma. El cuadro se resolvió favorablemente tras una laparotomía urgente y realización de Hartmann. Posteriormente revisamos la bibliografía publicada de casos similares.

Resultados: a pesar de la rareza de este cuadro, encontramos en la literatura algunas series de casos publicadas. Las pacientes con obstrucción intestinal secundaria a endometriosis, suelen presentar una afectación multiorgánica por dicha patología. En el caso que nos ocupa existía una afectación peritoneal múltiple. Habitualmente requieren, como en nuestro caso, una cirugía derivativa urgente. Además suele ser necesario un segundo tiempo quirúrgico con resección segmentaria de colon (si ésta no ha sido realizada previamente) y reconstrucción del tránsito intestinal. Con este tratamiento la ausencia de recidiva del cuadro suele ser la norma.

Conclusiones: aunque es una rara eventualidad, ante un cuadro de obstrucción intestinal en mujer de edad fértil debe tenerse en cuenta en el diagnóstico etiológico la posibilidad de endometriosis.

Afectación Muscular Tuberculosa Primaria

Alejandro J. Perez Alonso; Carlos Del Olmo Rivas; Carmen Perez Duran; Jose Antonio Perez Ramon; Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Tuberculosis affects a significant percentage of the world's population and musculoskeletal tuberculosis constitutes 1-5% of all cases. Its effects on various bones and joints are well known. Skeletal muscle tuberculosis is a rare entity in itself as it is an unfavorable site for survival and multiplication of *Mycobacterium tuberculosis*. Involvement of muscles in the tuberculous process without coexisting active skeletal or extraskelatal tuberculosis is very rare. We present a case of primary intramuscular mass in the right rectus femoris muscle with no underlying bone lesion.

A 71-year-old male visit us with a tender ill-defined mass of several year's duration localized to right upper-thigh for 6 months. There was no history of fever or pulmonary complaints though weight loss and anorexia were presented. There was no history of trauma, intra-muscular injection at the local site or contact with tuberculosis (TB).

Examination revealed a cystic, ill-defined mass of 4 cm x 5 cm x 3 cm in size in the anterior mid-thigh, well separated from the underlying bone. The skin over it was normal looking with no lesions. There was neither limitation of motion

in the ipsilateral hip or knee joint nor neurovascular involvement.

Radiographs were normal, showing non-affected femur bone. MRI scan showed a cystic lesion in the rectus femoris muscle with peripheral rim enhancement in post-gadolinium contrast films. Ultrasound guided aspiration of the abscess was unsuccessful.

Surgical resection was decided after obtaining the written consent from the patient, extirpating completely the mass. Microscopical analysis showed granulomatous reaction with mononuclear cells. Conventional cultures of the specimen were negative. However, a further culture was positive for *M. Tuberculosis* after 5 weeks of incubation. No other lesions were detected after performing a body-CAT. An anti-mycobacterium chemotherapy with rifampicine,

etambutol and azithromicine was initiated in order to prevent and eliminate the microorganism.

Soft tissue involvement in tuberculosis is generally associated with an underlying disorder (such as collagen vascular disease), immunosuppression therapy, or local injury. Tuberculosis can involve skeletal muscles by extension from bone, synovial lining of joints or tendon sheaths by direct inoculation, and rarely, by haematogenous dissemination. However, as the case we present, selective primary muscular involvement without osseous involvement is rare. This unusual case may occur probably by a hematogenous spread from an occult primary focus elsewhere. Few reports have indicated that primary tuberculosis in muscle may be transmitted by syringes, however our patient denied risky behavior with syringes or parenteral drugs administration. Furthermore, tuberculous abscesses may be frequent in patients with AIDS.

The rarity of skeletal muscle tuberculosis has been variously attributed to a high lactic acid content of muscles, absence of reticuloendothelial / lymphatic tissue, rich blood supply and the highly differentiated state of muscle tissue; however, none of these possibilities seems to be an adequate explanation and it was not investigated in our patient.

Our case represent a case of Intramuscular tuberculous abscess in immunocompetent patients, which have been rarely reported. The abscess usually has a slow clinical course and simulates occurrence of a tumor and it usually presents as swelling and pain. Our patient presented the tender lesion for 6 months, without systemic features. High index of clinical suspicion is key to diagnosis. Although Spain is not an endemic area, the possibility of tuberculous abscess should be strongly considered in endemic areas. Possible differential diagnoses to be considered include intramuscular hydatid disease and pyomyositis and soft tissue tumors such as myxoma, hemangioma, etc. A normal chest radiograph, absence of systemic symptoms, or the absence of other foci of active tuberculosis should not dissuade one from making the diagnosis.

MRI, especially with gadolinium enhancement, is very helpful in diagnosis of intramuscular abscess, and it was essential to detect the lesion in our case. Although needle aspiration and examination is usually sufficient, we performed a incisional biopsy to avoid fails to establish the diagnosis. Polymerase chain reaction (PCR) is a tool for rapid confirmation of diagnosis but biopsy and culture remains the gold standard. The prognosis is good with appropriate chemotherapy with

three antibiotics. We used a standard therapy for tuberculosis and the response was good, without relapse after 5 months of follow-up. Surgical debridement may be necessary in patients not responding to chemotherapy alone, but in general terms it is not needed.

Cordoma Sacro: Estrategia de diagnóstico y tratamiento

Valdivia Risco ,Javier; Segura Jiménez ,Inmaculada; Palma Carazo Pablo, Ferrón Orihuela JM

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los cordomas son tumores óseos poco frecuentes que en un 50% se localizan a nivel sacrococcígeo; aunque de crecimiento lento, localmente presentan un comportamiento maligno y pueden dar metástasis en un 10-30% de los pacientes. Se consideran factores de mal pronóstico el gran tamaño tumoral al diagnóstico y la afectación por encima del nivel S3. En las lesiones reseccables no se recomienda la Punción-Biopsia por el riesgo de diseminación. El margen de resección quirúrgico es el factor pronóstico más importante en términos de recurrencia local y supervivencia, aunque puede implicar secuelas neurológicas y alteraciones de la continencia urinaria y anorrectal. La Radioterapia con iones de carbono es una alternativa en tumores irreseccables, cuando la resección es incompleta o incluso como terapia adyuvante.

Material y métodos: Mujer de 47 años con dolor sacro intermitente de un año de evolución, en los dos últimos meses asociado a masa en región sacrococcígeo de crecimiento progresivo junto a incontinencia urinaria y para gases. En la exploración rectal se objetiva lesión que abomba la cara posterior del recto sin infiltrarla. Se completó estudio mediante Gammagrafía ósea, TAC y RM con diagnóstico de lesión expansiva pre coccígea con destrucción ósea de 14x11x11 cm , que comprime recto y vagina con edema local y de tejidos blandos adyacentes, compatible con cordoma sacro.

Resultados: Se realizó un abordaje posterior y resección en bloque de la lesión con coccigectomía. La Anatomía confirmó cordoma sacro de 16x11x11 con mitosis prácticamente ausentes. En Comité de Tumores se decidió aplicar RT adyuvante.

Conclusiones: Los cordomas sacros son tumores con un gran potencial maligno, que requieren un alto índice de sospecha en estadios iniciales , y una vez establecidos como masa expansiva, una meticulosa evaluación preoperatoria para planificar la estrategia de tratamiento adecuada.

Quiste del rafe medio

Ignacio Machado Romero; Alejandro José Pérez Alonso; Francisco Pérez Benítez; Alejandro Ortega Carrasco; Manuel González Martínez; Víctor Manuel Ruiz García; María José Cabrerizo Fernández; Benito Mirón Pozo; José Antonio Jiménez Ríos

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: Los quistes del rafe medio (QRM) son lesiones infrecuentes que se pueden localizar en cualquier punto entre el meato uretral externo y el ano, incluidos la parte ventral del pene, el rafe escrotal y el rafe perineal, con predominio cerca del glande del pene. Describimos el caso clínico

de un varón afectado de dicha lesión que requirió escisión quirúrgica.

Material y métodos: Varón de 50 años de edad, sin antecedentes de interés, remitido desde servicio de Urgencias a consultas externas de Cirugía General para valoración de tumoración perianal de 5-6 años de evolución, que le ocasionaba molestias en relación a su crecimiento progresivo. La exploración física evidenciaba una lesión quística perianal de unos 4x5 cm de diámetro, blanda y elástica, sin signos inflamatorios locales y no dolorosa al tacto salvo en zonas en las que se encontraba focalmente ulcerada en superficie. Bajo raquianestesia se procedió a la extirpación de la tumoración, que fue remitida para estudio anatomopatológico. El estudio histopatológico reveló la presencia de una cavidad quística unilocular, con contenido líquido blanquecino, localizada en la dermis profunda, sin conexión epidérmica. El epitelio de revestimiento estaba formado por una doble capa celular. En algunas zonas, la cavidad se hallaba revestida por un epitelio escamoso estratificado, mientras que en otras se observaba un epitelio de características mucosas sin estrato granuloso. En otras áreas, el epitelio adquiría un aspecto glandular, pseudoestratificado, formado por células cilíndricas de citoplasma claro PAS positivas. El diagnóstico anatomopatológico fue de QRM.

Resultados: A los 6 meses de la extirpación quirúrgica no se ha observado recidiva de dicha lesión.

Discusión: El QRM es una lesión rara que puede desarrollarse en cualquier lugar comprendido entre el ano y el meato urinario. La región de mayor incidencia es la cara ventral del pene, frecuentemente cerca del glande. La edad de los pacientes en el momento del diagnóstico es muy variable, la mayoría en las tres primeras décadas de la vida. Clínicamente, los QRM son lesiones únicas o múltiples, de tamaño variable, de consistencia blanda y fácilmente desplazables, localizados en el rafe medio del pene, entre el meato uretral externo y el ano. Ocasionalmente pueden dar lugar a la formación de una estructura alargada denominada canal longitudinal del rafe medio. Generalmente son asintomáticos durante muchos años, pero en ocasiones algún estímulo, traumatismo o infección, provoca su crecimiento y la aparición de síntomas. Se han propuesto tres teorías sobre la etiopatogenia del QRM: un cierre embriológico defectuoso del rafe medio, un desarrollo anómalo de las glándulas periuretrales ectópicas (Littre) y un crecimiento anómalo del revestimiento uretral endodérmico. El interior de estos quistes suele estar revestido por epitelio columnar estratificado. También se ha descrito epitelio cuboidal o columnar, e incluso glándulas mucosas y células ciliadas. Los QRM se tiñen con las técnicas de PAS, hierro coloidal o azul alcian. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con los quistes epidérmicos, el esteatocistoma, los tumores glómicos, el quiste dermoide, el divertículo uretral y el quiste pilonidal. Con respecto al tratamiento, aunque no se han descrito cambios premalignos en los QRM, se considera que la terapia de elección debe ser la extirpación quirúrgica electiva para prevenir episodios de sobreinfección o molestias locales derivadas de su localización y tamaño.

Hidrosadenitis diseminada

Tania Gallart Aragón, Rocio Molina Barea, Victor Ruiz García, Beatriz Perez Cabrera, Antonio Cozar Ibañez, Saturnino de Reyes Latartegui, Jose Antonio Jimenez Rios
Hospital Universitario Clinico San Cecilio. Granada

Introducción: La hidroxadenitis es una enfermedad íntimamente relacionada con patologías como la obesidad, enfermedades metabólicas, diabetes mellitus y trastornos de la queratinización, que favorezcan la obstrucción de los conductos sudoríparos.

Normalmente se manifiesta como absceso dolorosos y fibrosos que pueden llegar a desarrollar trayectos fistulosos.

Las localizaciones más frecuentes son la región axilar y perianal, aunque también se pueden dar en región inguinal, pubis, areola mamaria y ombligo.

Es infrecuente la aparición de este proceso de forma generalizada por todas las localizaciones citadas.

Material y métodos: Presentamos a paciente mujer de 32 años con antecedentes personales de sobrepeso, que ingresa en el hospital por cuadro de septicemia, debido a hidroxadenitis diseminada resistente a tratamiento médico y quirúrgico. La paciente presenta fiebre termometrada de 39 ° C y gran leucocitosis. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos, por deterioro de su estado general.

Resultados: Se inicia tratamiento combinado con un inmunosupresor, infliximab más corticoterapia, mejorando el estado de la paciente.

Tras alta en la unidad de cuidados intensivos, la paciente es tratada por nuestro servicio junto con el servicio de enfermedades sistémicas con dicho tratamiento de forma mensual, administrado de forma hospitalaria.

Conclusión: Los casos crónicos graves y diseminados de hidroxadenitis suelen estar relacionados a Proteus resistentes a antibióticos, una opción terapéutica en estos casos es el tratamiento combinado con infliximab más corticoterapia.

Se debe seleccionar bien a los pacientes, debido al coste de la terapia, agotando antes las otras opciones terapéuticas que se realizan de forma rutinaria.

Hidrocele Gigante Bilateral

José Jacob Motos Micó; Alvaro Morales Gonzalez; Elena Yague Martin; Guillermo Verdejo; Nataniel Sequeiros
C.H. Torrecárdenas. Almería

Objetivos: El hidrocele consiste en una tumoración escrotal producida por acumulación y embolsamiento progresivo de líquido testicular peri testicular, entre el testículo por dentro y la llamada túnica vaginal que lo envuelve y que forma la pared de la bolsa. Pueden ser uniloculares o de una sola cavidad o multiloculares. Nuestro Objetivo es presentar un caso espectacular de Hidrocele gigante asociado a hernia inguinoescrotal bilateral, atendido en uno de los proyectos de cooperación de Medicus Mundi Andalucía en Sta. Cruz de la Sierra (Bolivia).

Material y métodos: Paciente de 37 años sin facilidad de acceso a medios sanitarios, con limitación importante para casi todas sus actividades debido a la gran tumoración escrotal que presentaba, de unos 35 x 40 cm aproximadamente y que le llegaba a las rodillas (se aportan imágenes). La transiluminación

no era aplicable y la ecografía informaba de hernia inguinoescrotal gigante.

Resultados: El enfermo fue intervenido en el H. Hernández Vera, con diagnóstico inicial de hernia inguinoescrotal gigante, detectando sin embargo en la intervención un hidrocele gigante bilateral como parte fundamental de dicha tumoración, con abundantes septos y con un contenido líquido de más de 3 litros, asociado a una hernia inguinoescrotal bilateral. Se realizó reparación herniaria bilateral tipo Bassini y resección completa de la túnica vaginal con preservación de conducto y testes, lo que resultó laborioso debido a la gran reacción fibrótica existente. Posteriormente se procedió a realizar una plastia de escroto. El paciente acudió a revisión en una sola ocasión, con resultados excelentes e incorporación a actividad laboral plena.

Conclusiones: El hidrocele gigante es una patología que puede afectar seriamente la calidad de vida, fundamentalmente la movilidad y las funciones sexuales. En el diagnóstico diferencial de una gran tumoración escrotal debemos tener en cuenta no solo la hernia inguinal, sino también el hidrocele gigante. La ecografía es la prueba de elección, demostrando la comunicación entre el escroto y la cavidad abdominal pero en este caso no fue concluyente, debido a la gran cantidad de septos y la larga evolución del proceso

Abdomen agudo por Enfermedad de Weber-Christian complicada: una entidad infrecuente.

León Díaz Franciscón Javier, Ocaña Wilhelmi Luis, Cabrera Serna Isaac.

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: El término abdomen agudo se refiere a un cuadro grave de emergencia médica, caracterizado por síntomas y signos localizados en el abdomen, y que hacen sospechar la existencia de una enfermedad severa que afecta a alguno de los órganos intraabdominales.

El síndrome de Weber-Christian se caracteriza por la presencia de nodulos y placas en el tejido subcutáneo, que excepcionalmente son exudativas. En su evolución natural los nodulos aparecen bruscamente, persisten semanas y se resuelven para reaparecer en brotes recurrentes a lo largo de 2 a 5 años. Los enfermos presentan fiebre, generalmente alta, mialgias, trastornos digestivos, con o sin compromiso de órganos (principalmente páncreas, hígado y mesenterio); si existe compromiso visceral, es de peor pronóstico y se denomina enfermedad de Weber-Christian. El síndrome afecta con mayor frecuencia a mujeres obesas entre 20 y 60 años de edad.

Material y métodos: Paciente de 53 años de edad con antecedentes de alergia a polen, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, asma y obesidad.

Presenta cuadro de dolor abdominal difuso de una semana de evolución asociado a sensación de masa en flanco izquierdo y fiebre en las últimas 72 horas. No otra clínica asociada. A la exploración estado general conservado, obesidad, con abdomen doloroso de forma difusa más acentuado en vacío izquierdo donde se palpa masa de unos 5 cm de diámetro.

Analíticamente destaca leucocitosis 15400 Neutrófilos 85% PCR 154 Procalcitonina 4.25 Resto dentro de la normalidad. Radiológicamente TAC abdominopélvico informa nivel de

flanco izquierdo imagen nodular de 6cm, con rarefacción de grasa y líquido que impresiona de infarto omental-apéndice epiploico torsionado.

Se decide ingreso para antibioticoterapia intravenosa y observación hospitalaria. El paciente evoluciona clínicamente de forma favorable con control radiológico con discreta mejoría. Es dado de alta con tratamiento antibiótico y revisión en consulta en dos semanas.

El paciente acude a los doce días del alta al Área de Urgencias por presentar intenso dolor abdominal asociado a criterios de sepsis grave. A la exploración presenta signos de abdomen agudo. Analíticamente presenta leucoцитosis 21500 con neutrofilia, alteración de los parámetros de coagulación y deterioro de la función renal junto a PCR de 287 y procalcitonina 8,3. La tomografía nos confirma la existencia de aumento del tamaño de la lesión nodular en omento mayor que se extiende hasta pared abdominal, con trabeculación de la grasa adyacente alcanzando una dimensión de 10 cm con colección de unos 5 cm en pared abdominal. No parece existir afectación de intestino delgado ni colon.

Se decide laparotomía exploradora urgente donde se evidencia tumoración de epiploon mayor abscesificada de unos 12 cm, cercana a ángulo esplénico, con infiltración de pared abdominal. Se realiza resección de epiploon englobando la lesión con drenaje de absceso de pared abdominal mediante incisiones en superficie.

El informe de anatomía patológica informa de paniculitis lobulillar mixta, con reacción histiocitaria y zonas de abscesificación, sugestivos de paniculitis supurativa de paniculitis supurativa de Weber Christian.

El paciente es dado de alta al séptimo día tras desaparición de la clínica febril y algica con evolución favorable, siendo enviado a consulta de reumatología.

Discusión: El síndrome de Weber-Christian se caracteriza por la presencia de nodulos y placas en el tejido subcutáneo, que excepcionalmente son exudativas.

La etiología de esta enfermedad no ha sido dilucidada, pero se presume que tiene origen autoinmune por la asociación de este síndrome con enfermedades como el lupus eritematoso, la artritis reumatoidea y el déficit de Alfa-1-antitripsina.

En la enfermedad de Weber-Christian la histología es fundamental para el diagnóstico. Su evolución presenta tres fases típicamente diferenciadas y se caracteriza por la existencia de paniculitis y vasculitis.

Se han ensayado diferentes modalidades de tratamientos, entre ellas antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y cloroquina, pero los inmunosupresores han dado los mejores resultados, lo cual avala aún más la probable etiología inmunitaria.

El objeto de nuestro caso es presentar como esta enfermedad autoinmune se ha manifestado clínicamente como abdomen agudo, algo realmente inusual, que nos hace pensar en ella para el diagnóstico diferencial de la patología que afecte el epiploon o partes grasas intraabdominales.

Biopsia de adenopatías como clave diagnóstica. un reto multidisciplinar.

M. Requena Díaz; K. Guzmán Laura; G. Jiménez Riera; C. Méndez García; S. García Ruíz; M.J. Tamayo López; J. Martín Cartes; M. Bustos Jiménez; J. Padillo Ruíz.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Gran cantidad de patologías sistémicas debutan con adenopatías, tales como infecciones, neoplasias hematológicas, colagenosis, enfermedades granulomatosas

y en ocasiones, la biopsia es, si no la única, al menos sí la más fiable prueba diagnóstica. Son muchos los profesionales implicados en este proceso, desde que se indica la biopsia hasta que disponemos de un diagnóstico histológico, lo que hace necesario sistematizar cada paso.

Objetivos: Presentar la casuística de nuestra unidad, analizando el tiempo de demora en la respuesta y la rentabilidad diagnóstica de las biopsias realizadas, y así exponer el funcionamiento de nuestra vía clínica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 157 pacientes intervenidos de biopsia ganglionar entre Enero de 2009 y Abril de 2011, que fueron enviadas en fresco al servicio de anatomía patológica, que las lee al instante, y algunas de ellas al de microbiología. Han sido revisadas todas las historias clínicas estudiando el diagnóstico de sospecha inicial, la localización, el abordaje y tipo de anestesia elegidos, el tiempo transcurrido entre la solicitud de la biopsia y su ejecución, y la rentabilidad diagnóstica de la misma. Para dicho análisis hemos utilizado el paquete estadístico mStatistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0, Chicago, EEUU).

Resultados: Se intervinieron 157 pacientes, 80 varones y 77 mujeres. Los servicios solicitantes se distribuyeron de la siguiente forma: Medicina Interna el mayoritario con un 38,8% de los casos seguido de Hematología con el 37,4%, a continuación Oncología con el 11,6% de las solicitudes y detrás otros servicios minoritarios como Dermatología, Neumología, Nefrología o incluso Atención Primaria.

La localización de las adenopatías fue, por orden de frecuencia, cervical (33,1%), inguinal (27,8%), axilar (21,2%), supraclavicular (8,6%) y retroperitoneal (7,9%) siendo éstas últimas abordadas por vía laparoscópica.

El estudio anatomopatológico fue negativo para neoplasia en 71 casos (45,3%) de los cuales 10 fueron falsos negativos (14%). En los pacientes en los que se confirmó un diagnóstico neoplásico (54,7% del total) el más frecuente (60%) fue el linfoma no Hodgkin, seguido del linfoma Hodgkin (22%) y el resto metástasis de diferentes primarios (18%)

En cuanto a los tiempos, la mediana de espera en días desde la interconsulta hasta que el paciente es visto por cirugía es de 9 días, de ese momento a la biopsia de 18 días y en total la mediana se cifra en 25 días.

Conclusiones: El diagnóstico de multitud de enfermedades sistémica depende del estudio anatomopatológico de formaciones ganglionares biopsiadas por cirujanos. Éstas pueden realizarse en la mayoría de los casos de forma segura, con anestesia local en régimen ambulatorio.

Es necesario crear buenos flujos de comunicación interdisciplinar para dar fluidez al proceso y evitar demoras innecesarias.

Hemorragia digestiva baja por metástasis yeyunal de adenocarcinoma de pulmón. Presentación de un caso

Sáez Zafra, A., Zurita Saavedra M.S., Rodríguez Morillas, D., López-Cantarero Ballesteros, M., Jiménez Ríos J.A.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia digestiva baja (HDB) secundaria a un tumor metastático de carcinoma de células grandes de pulmón en yeyuno distal, como causa rara de HDB tumoral, siendo la cirugía la opción terapéutica de primera elección, tanto por la localización del mismo como por su origen, determinado su estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico su tratamiento posterior.

Además se destaca el hallazgo casual de dicha tumoración como origen de HDB y la posibilidad de origen de la misma ante un paciente diagnosticado de una neoplasia primaria en otra localización.

Material y métodos: Paciente varón de 61 años, exfumador, diagnosticado de carcinoma de células grandes de pulmón hace un año, recibiendo tratamiento quirúrgico (segmentectomía) y quimioterápico, con estudio negativo a distancia (Mo).

Acude derivado por médico digestivo, tras ser estudiado por hemorragia digestiva baja, habiéndose realizado TAC (informado como normal) y angiografía (que informa de angiodisplasia). Se indica intervención quirúrgica programada de forma preferente.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora. En la exploración de cavidad abdominal, se encuentra, como hallazgo casual, una tumoración que ocupa y estenosa parcialmente la luz de yeyuno distal. Se procede a la resección de yeyuno distal y anastomosis termino-terminal. Revisión de la cavidad sin otros hallazgos. Intervención que transcurre sin incidencias. El paciente presenta un curso postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 16 días de la intervención. Control analítico normalizado. Cese de sangrado digestivo bajo.

Estudio anatomopatológico:

-Yeyuno distal: Metástasis de carcinoma de células grandes de pulmón (M1), de 3x2 cm, con márgenes libres de afectación tumoral.

-Ganglios linfáticos: 8 Adenopatías aisladas de más de 1 cm, todas con linfadenitis crónica.

-Estudio inmunohistoquímico: Positividad para la citoqueratina 7 (CK-7) y negatividad para la citoqueratina 20 (CK-20).

Conclusiones: Los tumores de intestino delgado son una causa poco frecuente (3-5%) de hemorragia digestiva baja.

La hemorragia digestiva es la presentación clínica más frecuente de los mismos.

Los tumores metastáticos de intestino delgado, son los responsables de menos del 1 % de los casos de HDB tumoral. Dentro de las lesiones metastásicas de intestino delgado, la que mayormente produce HDB es la metástasis de melanoma. En nuestro caso se trataba de una metástasis pulmonar.

En muchas ocasiones, como ocurre en el caso descrito, no es posible localizar el origen de la hemorragia. Esto puede ser debido a la dificultad para acceder a las lesiones a nivel del intestino delgado y es la cirugía la última opción tanto

diagnóstica como terapéutica, aunque debe de ser el último recurso diagnóstico.

La importancia de nuestro caso radica en la infrecuencia de una metástasis yeyunal, como causa productora de HDB, lo que nos debe hacer pensar como posible causa de HDB dados los antecedentes del paciente.

Hemangioma capilar lobulillar

Acedo Díaz F., Acedo López FM., Guerra Bautista JA., Candil Comesaña D., Segovia Cornejo E., Mendizábal Rosales L.

Hospital de la Merced (Osuna). Sevilla

Introducción: El mal llamado granuloma piogénico es un tumor vascular benigno de rápido crecimiento y de origen desconocido que afecta preferentemente a individuos jóvenes. Se localiza fundamentalmente en piel de regiones acras y mucosas de región oral y nasosinusal. Presentamos un caso de presentación infrecuente y aportamos iconografía demostrativa.

Caso clínico: Mujer de 82 años que consulta remitida por su odontólogo por neoformación en cavidad oral, desnutrición y hemorragia digestiva alta. Refiere dificultad para el habla y la deglución. En la exploración se objetiva masa de aspecto tumoral que ocupa todo el suelo de la boca y desplaza la lengua, friable y recubierta de exudado fibrinoso de aspecto crónico. Base de implantación semipediculada, por lo que se propone para exéresis quirúrgica bajo anestesia local debido a su EPOC severo, que se lleva a cabo sin complicaciones. En la revisión posterior se demuestra recuperación de hábitos de vida normales. El informe anatomopatológico definitivo informa de tumoración pseudopolipoidea rojiza de 6x3cm de superficie lisa y que al corte presenta un tejido homogéneo amarillento-blancuecino elástico semitranslúcido, y con algún área periférica necrosada, compatible con hemangioma capilar lobulillar.

Discusión: El hemangioma capilar lobulillar es un tumor de crecimiento rápido que simula malignidad en etapas iniciales. Su patogenia es desconocida, aunque se lo ha relacionado con estímulos hormonales (embarazo, anticonceptivos), microtraumatismos repetidos y hábitos higiénicos deficitarios. Afecta fundamentalmente a varones en la edad infantil y a mujeres en edades jóvenes, siendo el sexo indistinto y la frecuencia menor a partir de edades medias de la vida. Cuando afecta a mucosas suele localizarse en más del 70% de los casos en la encía. Clínicamente sus síntomas dependen de la localización, tamaño y sangrado, y suele presentarse como tumoración de rápido crecimiento, de color rojo-púrpura y de aspecto friable, con superficie lisa o ulcerada y cubierta de un exudado blancoamarillento. El diagnóstico es fundamentalmente clínico pero puede ayudar TAC que aprecia masa hiperdensa de densidad blanda con esporádica erosión ósea de origen compresivo, y la RMN con gadolinio define una masa vascularizada sin marcada intensidad. Los hallazgos histológicos típicos son redes de capilares dispuestos en lóbulos con grandes vasos centrales inmersos en un estroma fibroblástico y edematoso. El tratamiento de elección es, si no ha regresado espontáneamente tras el parto el típico hemangioma nasal gravídico, la exéresis quirúrgica y cauterización del lecho, aunque también se ha propuesto la cirugía laser y la criocirugía.

Varon de 83 años con angiomixoma agresivo

M. Balbuena, J. Alvarez, A. Díaz, C. de la Vega, A. Martínez, E. Sancho, I. Robles, A. Gutiérrez, A. Calvo. UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital Universitario Puerto Real. . Cádiz

Introducción: El angiomixoma agresivo pelvipereineal es una neoplasia benigna de partes blandas, poco frecuente y de crecimiento lento. Se localiza principalmente en pelvis, periné y vulva. Suele afectar principalmente a mujeres premenopáusicas y parece probable una causa hormonal en su etiopatogenia.

Material y Método: Describimos el caso de un varón de 83 años con enfermedad de Crohn, que acudió a las consultas externas de Cirugía por presentar una tumoración de larga evolución localizada en fosa isquiorrectal izquierda. Tras su exéresis, el informe patológico de la pieza fue de angiomixoma agresivo. Posteriormente revisamos la bibliografía publicada sobre esta patología.

Resultados: Al tratarse de una neoplasia muy poco frecuentes en varones (2:15 con respecto a mujeres) únicamente han sido publicados unos 50 pacientes varones con esta patología. Sin embargo sí existen múltiples casos aislados y algunas series de casos publicados de pacientes mujeres. El tratamiento de elección es quirúrgico, y dada la gran capacidad de infiltración local y la alta tasa de recurrencia, se recomienda una exéresis con márgenes amplios.

Conclusiones: al tratarse de una neoplasia muy infrecuente en hombres, este caso adquiere mayor relevancia.

Tumor fibroso solitario

Rocio Molina Barea, Tania Gallart Aragón, Rosa María Ríos Pelegrina, Antonio Cozar Ibañez, Marisol Zurita Saavedra, Beatriz Perez Cabrera, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario Clinico San Cecilio. Granada

Objetivo: Presentar dos casos de tumor fibroso solitario en tejido celular subcutáneo, como hallazgo casual tras la realización de la extirpación de tumoraciones compatibles con lipoma.

Se pretende destacar el carácter inusual de ambos casos debido a que es una neoplasia poco frecuente y relacionada fundamentalmente con las serosas.

Material y métodos: Caso 1: varón de 26 años, sin antecedentes de interés, que es remitido a la consulta de cirugía por presentar tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro, de 2 meses de evolución, asintomático, en región anterointerna del brazo, elástica a la palpación, no adherida a planos profundos, sospechosa de lipoma subcutáneo indicándole extirpación quirúrgica mediante anestesia local.

Caso 2: Mujer de 37 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Cirugía para intervención ambulatoria de tumoración de consistencia lipomatosa en región lumbar derecha, asintomática.

En ambos casos mediante anestesia local se realiza exéresis completa de las tumoraciones, sin complicaciones intraoperatorias. El aspecto macroscópico es de tumoración amarillenta compatible con lipoma de tejido celular subcutáneo.

Resultados: Los pacientes cursaron un postoperatorio sin

incidencias, retirándose puntos de sutura a los 8 días de la intervención.

El informe de anatomía patológica refleja tratarse de tumor fibroso solitario con inmunohistoquímica positiva a CD34, CD 99 y bcl2.

Actualmente los pacientes se encuentran asintomáticos y sin recidivas de la tumoración.

Conclusiones: El tumor fibroso solitario es un tumor mesenquimal, muy poco frecuente. Fue descrito por primera vez por Klemperer y Rabin en 1931. Durante mucho tiempo se consideró como un tumor totalmente exclusivo de las cubiertas serosas como la pleura, el peritoneo o el pericardio. Se han descrito otras localizaciones como mediastino, pulmón, hígado, cuello etc. En la literatura hay 12 casos descritos en tejidos blandos. Puede aparecer en cualquier edad, siendo más frecuente en adultos entre la cuarta y quinta décadas de la vida, con igual frecuencia en ambos sexos. La mayoría de los casos son procesos benignos; sin embargo, el 23% de los casos descritos en tejidos blandos malignizan. El TFS extrapulmonar presenta un comportamiento impredecible ya que el seguimiento clínico de la mayoría se ha basado en las neoplasias localizadas en pleura. En todos los casos se recomienda escisión quirúrgica amplia y seguimiento clínico y radiológico. Por todo lo descrito anteriormente debería realizarse una exéresis de todas las tumoraciones localizadas de tejidos blandos a pesar de ser asintomáticas como en nuestros casos para filiar naturaleza de las mismas y su posterior seguimiento.

Nódulo de la hermana María José como expresión de cáncer de ovario.

Vladimir Arteaga Peralta, Roberto De la Plaza Llamas, Carmen Ramiro Pérez, Farah Adel Abdulla, José Manuel Ramia Ángel, Andree W. Kuhnhardt Barrantes, José E. Quiñones Sampredo, Santiago Pinto González, Cristina Sabater Maroto, Jorge García-Parreño Jofre.

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Introducción: La metástasis cutánea que se produce a nivel umbilical se denomina también nódulo de la Hermana María José (NHMJ), frecuentemente se asocia a neoplasias intraabdominales o pélvicas, y presentan mal pronóstico. Presentamos un caso de metástasis umbilical de origen ovárico.

Caso: Paciente mujer de 64 años, presenta como antecedentes diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, bypass gástrico por obesidad mórbida hace 15 años, en tratamiento con anticoagulantes orales por tromboembolismo pulmonar hace 5 años. Acude a urgencias por tumoración en región abdominal de 3 x 4 cm de diámetro, de consistencia pétreo de 2 meses de evolución, no dolorosa, adherida a planos profundos, que desde hace 15 días presenta secreción serosanguinolenta que incrementa en cantidad, motivo por el cual acude a urgencias. A la exploración se comprueba lo descrito, no evidencia de irritación peritoneal.

En la analítica presentaba Leucocitos 4.600 μl, Neutrofilos 65.5%, Hemoglobina 10.9 g/dl, PCR 12.8 mg/L .

La ecografía abdominal es complementada con tomografía computarizada, que objetivan lesión hipodensa con algunas burbujas de gas en la pared abdominal anterior en la región umbilical de 35 x 45 mm, localizada en el tejido graso sub-

cutáneo y que contacta en su borde anteroinferior con el propio ombligo y en su margen posterosuperior con el margen aponeurótico superficial al que atraviesa extendiéndose parcialmente por la grasa preperitoneal. En esta localización contacta ligeramente con algunas asas intestinales (aparentemente de delgado). Ante la sospecha de hernia estrangulada con necrosis de su contenido se practica una laparotomía, que objetiva masa adherida a región umbilical con y en contacto con epiplón, sin compromiso intestinal además de implantes peritoneales en toda la cavidad abdominal. Se realiza resección de masa incluyendo pared abdominal que se encuentra en la periferia de la lesión, ombligo y epiplon adherido. Se procede a la plastia umbilical y cierre de la pared abdominal. La anatomía patológica de la pieza es informada como carcinoma seroso papilar de ovario. La paciente presenta buena evolución y es dada de alta a los 3 días de la cirugía.

En la actualidad se encuentra recibiendo ciclos de quimioterapia con respuesta estacionaria.

Discusión: La frecuencia de NHMJ se presenta en el 1 a 3% de los pacientes con tumoraciones malignas abdominopélvicas. Alrededor del 55% de los tumores primarios son de origen digestivo fundamentalmente estómago, colon y recto, con claro predominio masculino. El segundo origen es ginecológico (34%) y el más frecuente es el carcinoma de ovario.

Debido a la baja frecuencias del NHMJ se debe plantear diagnóstico diferencial con otras patologías neoplásicas como la enfermedad de Paget y angiomas, como con procesos no neoplásicos como hernia umbilical incarcerada, como en nuestro caso, endometriosis, granulomas, sinus pilonidal, micosis, psoriasis, eczema entre otros diagnósticos diferenciales.

El NHMJ suelen aparecer de manera tardía, con un tiempo medio de aparición de 24 meses del diagnóstico de la enfermedad neoplásica. Tradicionalmente, NHMJ se ha considerado un signo de enfermedad maligna avanzada, y el tiempo medio de supervivencia se estima entre 4 y 12 meses tras el diagnóstico, aunque es mayor en las pacientes en las que se trataron las lesiones con excisión de la neoplasia primaria y quimioterapia (QT), siendo el grupo más favorable los pacientes con neoplasias de origen ovárico con una esperanza de vida de 36 meses en promedio, por lo que el tratamiento con QT+ cirugía en estas pacientes puede ser beneficioso y aumentar el tiempo de supervivencia.

Carcinoma Epidermoide sobre tumor de Buschke Lowenstein

M.L. Ruiz Juliá, C. Martín Jiménez, F. De Abajo Miranda, E. Cáceres Fábregas, P. Sevilla Molina, A. Galindo Galindo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

El Condiloma Acuminado Gigante o Tumor de Buschke-Lowenstein se trata de una proliferación epitelial que puede afectar a cualquier parte de la región anogenital. Se ha descrito su degeneración maligna a carcinoma epidermoide (30-56%) y una alta tasa de recurrencia local tras la excisión quirúrgica (50-65%).

Presentamos un caso de un paciente con una historia de varios años de evolución de condilomas acuminados comunes, evolucionando en el último año a condiloma acuminado gigante con degeneración maligna.

Varón de 46 años con múltiples lesiones perianales, excrecentes, con exudado maloliente.

Con antecedentes personales de infección VIH, coinfección VHB y VHC, exADVP. Diversas infecciones oportunistas.

Desde hace 10 años presenta numerosos ingresos e intervenciones quirúrgicas por infección asociada de partes blandas con la formación de abscesos y fistulas perianales. Sin datos de malignidad en las biopsias hasta el último año, momento en que aparece una lesión escamosa intraepitelial de alto grado y posteriormente carcinoma de células escamosas bien diferenciado.

Cordoma Sacro: Importancia de la evaluación de la extensión local y del margen de resección

Segura Jiménez I, Conde Muiño R, Valdivia Risco J, Corral Fernández E, Avella Vega JM, Gil Loza S, Turiño Luque JD, Zambudio N, Bustos A, Vilchez A, Palma P, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los cordomas son tumores óseos poco frecuentes que en un 50% se localizan a nivel sacrococcígeo; aunque de crecimiento lento, localmente presentan un comportamiento maligno y pueden dar metástasis en un 10-30% de los pacientes. Se consideran factores de mal pronóstico el gran tamaño tumoral al diagnóstico y la afectación por encima del nivel S3. En las lesiones resecables no se recomienda la Punción-Biopsia por el riesgo de diseminación. El margen de resección quirúrgico es el factor pronóstico más importante en términos de recurrencia local y supervivencia, aunque puede implicar secuelas neurológicas y alteraciones de la continencia urinaria y anorrectal. La Radioterapia con iones de carbono es una alternativa en tumores irresecables, cuando la resección es incompleta o incluso como terapia adyuvante.

Material y métodos: Mujer de 47 años con dolor sacro intermitente de un año de evolución, en los dos últimos meses asociado a masa en región sacrococcígea de crecimiento progresivo junto a incontinencia urinaria y para gases. En la exploración rectal se objetiva lesión que abomba la cara posterior del recto sin infiltrarla. Se completó estudio mediante Gammagrafía ósea, TAC y RM con diagnóstico de lesión expansiva precoccígea con destrucción ósea de 14x11x11 cm, que comprime recto y vagina con edema local y de tejidos blandos adyacentes, compatible con cordoma sacro.

Resultados: Se realizó un abordaje posterior y resección en bloque de la lesión con coccigectomía. La Anatomía confirmó cordoma sacro de 16x11x11 con mitosis prácticamente ausentes. En Comité de Tumores se decidió aplicar RT adyuvante.

Conclusiones: Los cordomas sacros son tumores con un gran potencial maligno que requieren un alto índice de sospecha en estadios iniciales, y una vez establecidos como masa expansiva, una meticulosa evaluación preoperatoria para planificar la estrategia de tratamiento adecuada.

Osteocondroma esternal

Vanesa Maturana Ibáñez, Almudena Moreno Serrano, Elena Yagüe Martín, Álvaro Morales González, Jacob Motos Micó

CH Torrecárdenas. Almería

Introducción: Los osteocondromas o exostosis cartilaginosa son los tumores óseos más frecuentes, representando el 10-15% de la totalidad. Son propios de la corteza de las costillas y están compuestos por hueso medular y cortical recubiertos por una capa de cartílago hialino. Presentan crecimiento lento. Parece tratarse de una alteración del desarrollo óseo más que de un tumor verdadero. Suele tener una imagen radiográfica patognomónica, que es importante conocer para poder identificar sus posibles complicaciones, entre las que destacan la deformidad o fractura óseas, bursitis, trastornos vasculares o neurológicos por vecindad o su malignización.

Caso clínico: Paciente varón 52 años, con AP de politraumatismo que precisó laparotomía, acude a la Consulta Externa de Cirugía General por notarse tumoración en región esternal de varios meses de evolución que en las últimas semanas ha aumentado de tamaño y le produce molestias. A la exploración presenta tumoración sólida, de consistencia pétreo y dolorosa a la palpación a nivel de manubrio esternal. Se programa para intervención quirúrgica, realizándose extirpación de exostosis esternal sin incidentes. Se envía la pieza a Anatomía Patológica que viene informada como osteocondroma.

Discusión: Los osteocondromas son lesiones benignas formadoras de cartílago. Aparecen en la zona metafisaria de los huesos largos y, aunque pueden aparecer en cualquier hueso de la anatomía, tienen predilección por fémur, tibia y húmero. Pueden presentarse pediculados o con base de implantación ancha. La afectación de la epífisis (Enfermedad de Trevor) es muy rara. Cuando se presenta de forma múltiple recibe el nombre de Osteocondromatosis Múltiple Congénita. Por su alta frecuencia, habitualmente se subestiman, aunque pueden aparecer complicaciones hasta en un 4% de los casos. Se manifiestan como consecuencia de la irritación mecánica o la compresión que provocan en estructuras vecinas, fractura o malignización, que es la complicación más temible. Ocurre a partir de los 40 años en un 1% de las exostosis solitarias y hasta un 25% en las múltiples. Suelen degenerar en un condrosarcoma, aunque también se han descrito casos de osteosarcoma. Debemos sospechar malignización cuanto aparece dolor y el espesor del cartílago es superior a 2 cm en un paciente adulto o 3 cm en un niño. En la radiografía encontraremos una corteza distorsionada con una masa suprayacente que presenta un borde delgado de calcificación. La Resonancia Magnética es la prueba diagnóstica de elección para descartar malignización. Podremos identificar focos de calcificación en el cartílago. Alrededor del 2% de los osteocondromas que se extirpan recidivan, sobre todo si se extirpan en la infancia

Pilomatrixoma en pacientes de edad avanzada

Alejandro Jose Perez Alonso, Victor Manuel Ruiz Garcia, Ignacio Machado Romero, Carlos Del Olmo Rivas, Tania Gallart Aragon, Rocio Molina Barea, Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: El Pilomatrixoma es clasificado como un tumor benigno de la piel que pertenece al grupo de los anejos cutáneos. Pilomatrixoma puede ser localizado en cualquier parte del cuerpo excepto las palmas y suelas, y muestra una predilección para la región maxillofacial. Clínicamente el tumor es bien restringido, el crecimiento lento y el móvil en las tempranas etapas. Por lo general es cubierto por la piel de aspecto normal, aunque en algunos casos puede haber cambios troficos secundario a la aclaración epitelias o ulceracion. La lesión por lo general no produce síntomas, aunque algunos pacientes puedan experimentar el dolor en respuesta a la palpación, o la picadura. Esto por lo general afecta a niños y adolescentes con el predominio en mujeres. La incidencia en la población anciana es rara. Presentamos dos casos de pilomatrixoma en pacientes ancianos, uno de ellos con la presentación gigantesca.

Material y Metodos:

Caso 1: Un hombre de 81 años con un tumor sobre muslo derecho. Las lesiones aparecieron hace más de 2 años y aumentaron despacio al tamaño presente. No era sensible y ni prurítico. Su historia médica era innotable. Por el examen, 22 cm de tumor de diámetro con cambios dermicos.

Caso 2: Un hombre de 62 años acude con lesiones de 2 años de evolución sobre el codo derecho. Aunque la lesión fuera no sensible, el paciente aflige cierto dolor al movimiento debido al hecho que fue localizado en el codo. Su historia médica mostró hipertensión y artrosis.

En ambos casos, un estudio de rayo X fue realizado, revelando un tumor calcificado.

Dados que ambos pacientes no presentaban contraindicaciones, se decidió realizar extirpación quirúrgica como primera opción.

Discusión: Pilomatrixoma es un tumor relativamente infrecuente, con una incidencia sumamente variable dependiendo la fuente de la literatura. En nuestra serie, la incidencia era el 1.0003 % de todos los tumores benignos de la piel, mientras otros autores han relatado las figuras de entre el 0.001 % y el 0.0031 % de todos los especímenes de histología dermatológica. Tal discrepancia refleja la variabilidad de las fuentes de datos publicadas hasta el momento. Mientras pilomatrixoma puede desarrollarse en cualquier edad, dos picos de frecuencia máximos han sido identificados: un en la edad pediátrica y otro en la sexta década de vida.

La etiología de pilomatrixoma esta sujeta a la controversia. Las posiciones más frecuentes eran la cabeza y en particular la región facial. Nuestros casos muestran una posición atípica: sobre el codo y el muslo, con la presentación gigantesca en uno de ellos, que es muy raro. Aunque el diagnóstico de pilomatrixoma sea en exámenes fundamentalmente clínicos, estudios complementarios son necesarios para establecer un diagnóstico diferencial con otras lesiones dermicas y masas subcutáneas (dermatofibrosarcoma, dermatofibroma, quistes

sebáceos, epidermoid quistes, la célula básica epithelomas y neurofibromas), lesiones calcificadas (reacciones de cuerpo extraño o hematomas calcificados) y, en el caso específico de lesiones preauricular, la patología tumoral de la glándula parotida. Cuando el enorme tamaño o la posición atípica están presentes, como nuestros casos, el diagnóstico puede ser desafiante, con la extirpación quirúrgica y el estudio histológico como el mejor acercamiento. La tomografía computerizada (CT) ofrece ventajas importantes en particular en aquellos casos donde la cirugía tumoral puede colocar otras estructuras en peligro. Las recaídas son probablemente debido a la excisión incompleta de la lesión, con una tasa del 2-6 %. La malignización del pilomatrixoma es raro. En la literatura aproximadamente 60 casos de transformación maligna han sido documentados hasta el momento. Los indicadores principales de malignidad son pleomorfismo celular, frecuencia de mitosis y atipias, la necrosis central y la infiltración de los tejidos de la piel, elementos linfáticos y vasculares. Es importante destacar que la versión maligna del pilomatrixoma es más frecuente en hombres y en individuos ancianos (el 60 % tienen más de 40 años). A pesar de estar en el grupo de riesgo de transformación maligna, nuestros pacientes no mostraron malignización.

Conclusiones: El Pilomatrixoma predominantemente es localizado en el área maxilofacial. Sin embargo, a veces puede ser localizado en áreas raras como el muslo y el codo.

Debido a la naturaleza benigna del pilomatrixoma, la excisión simple de la lesión, como se considera, es el tratamiento de opción, con una tasa de recaída muy baja. Aunque el comportamiento maligno sea raro, la población anciana es un grupo de riesgo y un temprano diagnóstico debería ser hecho para evitar complicaciones.

Leiomioma de epiplón

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibañez, Jose Miguel Vargas Fernandez, Alvaro Morales, Gabriel Lopez-Ordoño

CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: Los tumores primarios del epiplón son muy raros, la mayoría de las veces son metastáticos secundarios a adenocarcinomas de diversas localizaciones, especialmente el estómago, el ovario y el colon.

Caso clínico: Mujer de 36 años con antecedentes personales de hipoacusia y ceguera congénita por nacimiento prematuro. Acude a urgencias por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, no irradiado, continuo, acompañado de náuseas y vómitos desde hacía 24 horas. En la exploración física destacaba un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal.

En las pruebas complementarias, analítica sin alteraciones significativas y Radiografía simple de tórax y abdomen anodina. En la ecografía abdominal se apreciaba una masa bien definida, 7 x 4,5 x 4,7 cm, sólida y con señal de flujo Doppler en su interior, que contactaba con región cecal, con pérdida de plano graso y músculo psoas derecho. Líquido libre perihepatoesplénico y en pelvis.

Se realizó laparoscopia exploradora comprobando la existencia de líquido seroso en Douglas, ovarios normales, colon e intestino delgado normales y la presencia de una tumoración

quistica dependiente del epiplón mayor. Se llevó a cabo la extirpación de la tumoración en su conjunto. La anatomía patológica informó de leiomioma con cambios isquémicos. En cuanto a la evolución, durante el postoperatorio no presento ningún problema. Ha sido revisada en consultas externas encontrándose bien.

Discusión: El peritoneo es el revestimiento mesotelial que recubre la cavidad abdominal. Los epiplones son también repliegues peritoneales.

Las anomalías congénitas del epiplón son raras; las enfermedades más frecuentes son los tumores, los procesos vasculares y la torsión.

Los tumores benignos pueden ser de muy diferentes tipos histológicos (fibroma, lipoma, leiomioma, hemangioma y linfangioma), y las manifestaciones clínicas dependen del tamaño y las complicaciones evolutivas.

Los de pequeño tamaño suelen ser asintomáticos mientras que los de gran tamaño se manifiestan con una sintomatología no sólo derivada de su crecimiento, sino de la degeneración quística, necrosis o hemorragia del tumor.

Contamos actualmente para su diagnóstico con la ecografía, TAC abdominal y la resonancia magnética nuclear. No obstante, la arteriografía selectiva informa de manera específica sobre las características vasculares tumorales, así como de las relaciones con órganos vecinos.

El tratamiento quirúrgico de estos tumores será la única alternativa posible para su curación, sin son benignos, o para su paliación, si son malignos; estos últimos muchos afectan a órganos vecinos, invadiéndolos y limitando bastante la supervivencia de los enfermos que la padecen.

Síndrome de Li-Fraumeni Aislado

Alejandro J. Pérez Alonso; Ignacio Machado Romero; Carlos del Olmo Rivas; Saturnino de Reyes; Jose Antonio Jimenez Rios

Hospital San Cecilio. Granada

Introducción: la presencia de neoplasias malignas múltiples sin asociación, o fuera de un síndrome familiar, es muy infrecuente y generalmente aparecen descritos en la bibliografía de manera aislada. Algunas traslocaciones y afectaciones genéticas han sido descritas como factores etiológicos de estas neoplasias.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años sin antecedentes personales o familiares de interés en estudio por Bocio multinodular. Debido a la posibilidad de bocio intratorácico, se decide realizar TAC cervico-torácico, en la que se haya varios nódulos pulmonares. Por ello desde el servicio de radiología se realiza TAC Torácico completo, que definitivamente se amplía a Holo-TAC con contraste debido a los hallazgos: Tumoración en tentorium con halo hiperintenso sugerente de meningioma, Múltiples nódulos tiroideos, Nódulos pulmonares en LID, tumoración hipercaptante en hígado de 6 cm. de diámetro, nódulo suprarrenal izquierdo, tumoraciones retroperitoneales múltiples, y engrosamiento parietal a nivel de sigma, junto con múltiples lesiones osteolíticas en vertebrae lumbares.

Resultados: Dados los hallazgos la paciente pasa a estudio, realizándose biopsias seriadas que incrementaron la incerti-

dumbre del tumor primario, estableciéndose la presencia de múltiples neoplasias malignas primarias: Adenoma tubular tras colonoscopia, Carcinoma papilar de tiroides tras PAAF, meningioma tras RMN. A los 15 días de ingreso, la paciente adolece de incremento de la sintomatología disneica por el crecimiento del bocio, así como cuadro de intolerancia oral de reciente aparición. Se decide realizar tiroidectomía subtotal paliativa y laparotomía exploradora, en la que se encontró compresión duodenal por masa retroperitoneal de unos 10 cms, de la que se tomaron biopsias. Se decidió realizar bypass intestinal, sorteando el nivel de obstrucción. El informe de anatomía patológica arrojó un diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides en la pieza de tiroidectomía, y adenocarcinoma con zonas mucosecretoras con células en anillo de sello en las piezas de biopsias retroperitoneales.

La paciente mejoró su sintomatología durante las primeras tres semanas, pero acabó falleciendo a los dos meses de ingreso por crecimiento exacerbado de las neoplasias, que causaron enclavamiento cerebeloso.

Se realizó un estudio genético de la paciente, en la que se halló una mutación en CHEK2 que podría estar en relación con un síndrome de Li-Fraumeni aislado, puesto que el análisis genético de familiares directos (hermanos e hijos) no mostró tal alteración. Un análisis más profundo que permitiera esclarecer el diagnóstico no pudo realizarse debido a la negativa del paciente y familiares.

Conclusiones: Los cánceres múltiples son relativamente poco frecuentes. En ocasiones pueden estar asociados a una exposición elevada de varios agentes cancerígenos como las radiaciones ionizantes y las sustancias químicas carcinogénicas, ambas relacionadas con el ambiente laboral. También pueden estar relacionadas con trastornos en el sistema inmune que protege de las mutaciones causantes del posible crecimiento descontrolado celular, como es el caso de p53 y de CHEK2 que juegan un papel importante en la muerte/supervivencia celular a través de su ciclo de regulación.

Liposarcoma mixoide gigante glúteo. Presentación tras traumatismo: a propósito de un caso.

Sáez Zafra, A., Alonso Roque, J.G., De Reyes Latartegui, S., Cabrerizo Fernández M.J., Jiménez Ríos J.A.

Hospital Clínico Universitario san Cecilio. Granada

Introducción: Presentar un caso de liposarcoma mixoide gigante glúteo, cuyo crecimiento se pone de manifiesto tras traumatismo de cadera y que se presenta como cuadro sugerente de absceso glúteo a los meses de evolución, lo que obliga a indicar cirugía urgente.

Pretendemos destacar el carácter infrecuente de dichos tumores y el debut silente de los mismos y la importancia del diagnóstico diferencial con otros procesos tales como el hematoma traumático, absceso glúteo y tumores de otro origen.

Material y métodos: Paciente mujer de 87 años, con antecedentes de HTA, glaucoma y dislipemia. Sufre traumatismo de cadera derecha, sin lesión ósea acompañante hace 7 meses, momento desde el cual comienza a presentar tumoración glútea derecha asintomática. Es remitida a nuestra consulta en la que se solicita TAC. Antes de la realización del mismo,

acude a urgencias por cuadro de sensación febril, aumento de la tumoración, dolor y signos inflamatorios en la zona.

Se solicita estudio urgente con realización de analítica, que muestra leucocitosis con neutrofilia, y TAC, que informa de masa a nivel de los espacios glúteos derechos, capsulada, bien definida, oblonga e hipodensa respecto a músculo. Se asienta en el compartimento del glúteo mayor y abomba sobre la aponeurosis del músculo piramidal.

Posible higroma linfático, hematoma lisado o absceso a tensión.

Se indica cirugía urgente.

Resultados: Se realiza incisión sobre la tumoración y apertura por planos hasta acceder al plano muscular. En dicho plano se halla gran masa de tejido cerebroide lipomatoso, que se encuentra fragmentada y cuya extirpación únicamente puede realizarse de forma parcial. La masa se encuentra en dos cavidades: superficial, debajo de la aponeurosis del músculo glúteo mayor, e interglútea. Se drenan restos hemáticos antiguos. Tras desbridar y extraer abundante tejido, se decide esperar el resultado del estudio anatomopatológico y continuar tratamiento según los resultados del estudio.

La herida se deja abierta para cierre por segunda intención.

La paciente presenta un curso postoperatorio favorable, sin cierre de la herida, siendo dada de alta a los 10 días, derivándose a su Centro de Salud para curas locales.

El estudio anatomopatológico informa de liposarcoma mixoide de bajo grado. La tumoración se remite fragmentada y alcanza márgenes quirúrgicos.

La paciente acude a revisión en consulta, siendo informada del resultado anatomopatológico. Es desestimada la realización de cualquier gesto quirúrgico.

Conclusiones: El liposarcoma representa una de las variantes más comunes del heterogéneo grupo de tumores llamados "sarcomas" o "sarcomas de partes blandas". Son relativamente infrecuentes: representan aproximadamente el 1% de los tumores malignos. Suelen presentarse de forma silente y cuando dan la clínica ya tienen un tamaño considerable, siendo más comunes los síntomas por compresión de órganos vecinos.

En nuestro caso, queremos destacar el carácter infrecuente de la presentación en nuestra paciente, dado que la tumoración liposarcomatosa comenzó su crecimiento tras un traumatismo y debutó más tarde como un absceso glúteo. Este hecho ha de tenerse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial, para poder realizar un correcto tratamiento que debe ser individualizado en todo momento, dependiendo de la edad, localización y estado clínico del paciente. La opción terapéutica en casi todos los casos suele ser la cirugía, seguida de quimioterapia y radioterapia, ésta última en algunos casos. En muchas ocasiones, dado que el tumor alcanza un tamaño considerable, se debe optar por la quimioterapia preoperatoria para reducir el tamaño tumoral y ser más eficaz el tratamiento quirúrgico.

Sarcoma sinovial intraabdominal

Becerra Ortiz RM, Aranda Narváez JM, Montiel Casado MC, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Santoyo Santoyo J

Hospital Residencial Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos no epiteliales del tejido extraesquelético del cuerpo, que incluyen el músculo, la grasa, el tejido fibroso, los vasos y el sistema nervioso periférico. Estos tumores son poco frecuentes, suponiendo menos del 1% de todos los tumores malignos.

El sarcoma sinovial representa aproximadamente el 8% de todos los sarcomas de los tejidos blandos. La localización intraabdominal primaria es muy poco frecuente, tan sólo 11 casos descritos en la literatura, asentando principalmente en el retroperitoneo, representando el 1% de los tumores en esta localización.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 59 años, intervenida previamente en 2008 de un adenocarcinoma no microcítico de pulmón, con posterior tratamiento adyuvante, encontrándose en la actualidad en remisión completa.

En febrero de 2010 consulta por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a masa intraabdominal, que se interviene quirúrgicamente, con resultado de sarcoma sinovial bifásico (epitelial y mesenquimal), practicándose una resección completa.

Durante el seguimiento y transcurridos 9 meses, se detecta una nueva masa intraabdominal, de más de 10 cm, que le provoca obstrucción intestinal, englobando asas de intestino delgado, vejiga y pared abdominal. Se interviene por segunda vez en noviembre de 2010, practicándose una amplia resección intestinal, vesical y de la pared abdominal afecta. El resultado anatomopatológico fue de sarcoma sinovial bifásico, con márgenes libres.

Discusión: Los sarcomas sinoviales son tumores raros que aparecen principalmente en tendones y articulaciones.

La edad de aparición suele ser en la cuarta década de la vida. Los síntomas de presentación más frecuentes son dolor abdominal y sensación de masa abdominal, consecuencia del tamaño que alcanzan.

Histológicamente pueden clasificarse en monofásicos, cuando sólo poseen células fusiformes, y bifásicos, si muestran células tanto fusiformes como epiteliales. La mitad de estos tumores son bifásicos, con tendencia a presentar un comportamiento agresivo, cuando su localización es intraabdominal. Estos tumores se caracterizan por la invasión local y la tendencia a metastatizar. En el momento del diagnóstico, menos del 10% de los casos presentando metástasis, sin embargo la diseminación metastásica posterior ocurre hasta en el 25-50% de los casos.

Recientemente se ha descrito una traslocación cromosómica específica (X, 18) (p11, q11), mediante técnicas de inmunohistoquímica, presente hasta en el 80% de los casos.

A pesar de realizar una resección completa suelen recaer con bastante frecuencia en los 4 primeros años. Alrededor del 50% de los sarcomas sinoviales recaen a nivel local, dentro de los 2 primeros años, aunque a veces pueden hacerlo más tarde.

El pronóstico de estos pacientes está relacionado con la viabilidad de la resección quirúrgica, el tamaño tumoral y el grado de invasión local.

El tratamiento estándar para la enfermedad localizada es la cirugía, teniendo la radioterapia un papel en la mejora del control local tras la resección quirúrgica. El papel de la quimioterapia aún no está claro. Sin embargo se considera como el pilar actual de tratamiento la resección quirúrgica, con o sin radioterapia adyuvante y/o quimioterapia basada en doxorubicina e ifosfamida.

Recidiva a largo plazo de Tumor de Células de la Granulosa

Daniel Pérez Gomar, Ander Bengoechea Trujillo, Marcos Alba Valmorisco, Jose Manuel Pacheco García, Maria Angeles Mayo Osorio, M^a Carmen Bazán Hinojo, Manuel López Zurera

H.U. Puerta Del Mar. Cádiz

Introducción: El tumor de células de la granulosa ovárico es un tipo de neoplasia muy inusual. Se caracteriza por su capacidad de secretar esteroides sexuales como los estrógenos. Su presentación es similar a otros carcinomas ováricos pero sus marcadores séricos, su comportamiento biológico, sus factores pronósticos y su manejo terapéutico deben particularizarse. Presentamos un caso de tumor de Células de la Granulosa en una paciente intervenida en varias ocasiones por recidiva tumoral en nuestro servicio.

Caso clínico: Mujer de 44 años intervenida de colecistectomía, ooforectomía derecha y extirpación parcial de la trompa por tumoración de células de la granulosa. A los 15 años de dicha intervención ingresa en medicina interna por cuadro de cólico nefrítico derecho que no cede con tratamiento médico. Exploración: abdomen blando, depresible, molestias a la palpación en FID e hipogastrio. Ecográficamente se evidencia una imagen nodular de 4cm elíptica heterogénea con áreas de necrosis en su interior en íntimo contacto con asa intestinal, adyacente presenta un nódulo de 12 mm catalogado como adenopatía o una lobulación de la lesión principal. TAC abdomino-pélvico: nódulo de 5x3 cm distal al origen de la arteria mesentérica superior, en situación inter-aortocava, compatible con adenopatía de gran tamaño, inferior a ésta, otra imagen nodular de 1,3 cm compatible con adenopatías necrosadas. A nivel de asas intestinales rechazamiento de la tercera porción de duodeno secundaria a la masa retroperitoneal, sin que parezca depender de la pared del mismo. Tránsito G-D: Efecto masa en 3ª porción de duodeno. Intervención quirúrgica: laparotomía media y abordaje a retroperitoneo detectando masa de 5x4 cm en posición retroduodenal y preaorto-cava, limitada lateralmente por vasos útero-ováricos, distal y medialmente con vasos mesentéricos superiores. Extirpación total de la tumoración. Sin complicaciones significativas en la evolución postoperatoria. Anatomía patológica: recidiva tumor de células de la granulosa. Durante el seguimiento de la paciente se detecta mediante TAC y PET al año, tumoración de 2,4 cm en bifurcación ilíaca común derecha que se extirpa quirúrgicamente siendo el resultado anatomopatológico de tumor de células de la granulosa.

Discusión: El tumor de células de la granulosa representa el

2-5% de todos los carcinomas del ovario. Son tumores raros. Existen 2 subtipos histológicamente: el tipo adulto y el tipo juvenil. Las pacientes consultan por sangrado (63,9%), y las más jóvenes presentan amenorrea que puede durar meses e incluso años, precediendo al sangrado. Además las pacientes presentan signos y síntomas relacionados con una masa abdominal (45,4%), el 21,6% de los casos consultan por presentar un abdomen agudo por ruptura del tumor. La diseminación del cáncer de ovario es fundamentalmente por implantación peritoneal, por contigüidad y por vía linfática y hematogena (por orden de frecuencia). La terapia indicada en estos tumores es la quirúrgica, realizándose o no histerectomía asociada en función de la edad de la paciente y el deseo de descendencia. La quimioterapia adyuvante queda relegada a los casos de pobre pronóstico. La radioterapia estaría destinada a completar localmente un abordaje quirúrgico y con intención paliativa, en grandes masas no susceptibles de exéresis como tratamiento sintomático. Son frecuentes las recaídas tardías, por lo que es necesario su seguimiento prolongado. Las recurrencias (24,7%) son de muy mal pronóstico, y se tratan con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. El caso de nuestra paciente es peculiar ya que el hallazgo del tumor fue incidental en el transcurso de una colecistectomía, y ha presentado 2 recidivas de forma tardía, durante la primera intervención se le realizó ooforectomía unilateral derecha dada la edad, 29 años, y el deseo de descendencia por parte de la misma, habiéndose descartado previamente la extensión a distancia.

Enfermedad de Verneuil y cáncer epidermoide. A propósito de un caso.

Grasa González F., Gómez Sánchez T., Tejedor Cabrera L., Salas Díaz S., Sánchez Relinque D., Santos Martínez J., Gómez Modet S., Rodríguez Ramos M., Saenz de Tejada P., Ruiz de Gopegui M., García Romero, E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

La hidrosadenitis supurativa o enfermedad de Verneuil es una patología crónica, cicatricial y supurativa de las regiones anatómicas con abundantes glándulas apocrinas, destacando las axilas y la región genital. Es típica la presentación de un cuadro de inflamación crónica con brotes de agudización caracterizados por tumefacción, dolor y supuración asociados a cuadros febriles. La evolución natural de la enfermedad es hacia la formación de abscesos y fistulas de repetición de difícil manejo, con una alta tasa de recidivas y complicaciones. El tratamiento médico no suele ser suficiente y se suele requerir el empleo de técnicas quirúrgicas.

La aparición de un carcinoma epidermoide sobre las lesiones crónicas es un hecho poco frecuente, pero bien conocido desde hace tiempo (úlceras de Marjolin, descritas en 1828), aunque es raro su crecimiento a partir de una hidrosadenitis supurativa.

Exponemos el caso de un varón de 36 años que en un periodo de 6 años, presenta múltiples episodios de la enfermedad de Verneuil. Tras la exéresis amplia de la hidrosadenitis perianal, desarrolló un carcinoma epidermoide sacrococcigeo con rápida progresión y mala evolución que terminó provocando

el fallecimiento del paciente a pesar de la intensa terapia oncológica asociada.

Insistimos en la importancia de la intensa y continuada vigilancia de estos pacientes con el fin de conseguir el diagnóstico precoz de esta temible complicación.

Linfangioma quístico. Presentación de un caso.

Corral Fernández, E; Álvarez Martín, MJ; García Navarro, A; Avella Vega, JM; Jorge Cerrudo, J; Paz Yáñez, A. Ferrón Orihuela, JA.

Servicio de cirugía general y del aparato digestivo. Hospital Universitario Virgen de las nieves. Granada

Introducción: El linfangioma quístico es un tumor benigno, muy poco frecuente, de lento crecimiento y de estirpe mesenquimal, derivado de los vasos y estructuras linfáticas. Se han propuesto diversas teorías para explicar su origen, las más aceptadas son: un trastorno en el desarrollo embriológico del sistema linfático y la obstrucción de canales linfáticos por procesos inflamatorios. Su incidencia es de 1:100.000 ingresos hospitalarios. Es más frecuente en jóvenes y niños y por igual en ambos sexos. El 90% se detectan en los primeros 2 años de vida.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de linfangioma quístico de debut en edad adulta.

Material y métodos: Paciente varón de 76 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, colecistectomizado, prostatactomizado, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial y Anemia crónica.

Nos es remitido desde el servicio de Hematología por masa mesenterica diagnosticada casualmente durante un estudio por anemia crónica. En la exploración abdominal no se evidencian alteraciones de interés. Analíticamente solo destaca hemoglobina de 10.9 y glucemia de 192, no encontrándose otros hallazgos de interés.

Pruebas complementarias. Endoscopia Digestiva Alta: que evidencia divertículo esofágico a 29 cm sin otras alteraciones; Endoscopia Digestiva Baja: compatible con diverticulosis coli generalizada; Ecografía abdominal masa multiquística y multiseptada en línea media de 8x9x10cm mal definida y pobremente vascularizada, de dudoso origen mesentérico o de pared de asas de intestino delgado.

TAC: Masa mesentérica, predominantemente quística que plantea el diagnóstico diferencial con linfangioma quístico, quiste entérico.

Con dicho diagnóstico de presunción se interviene hallándose dos tumoraciones quísticas unidas por la parte inferior, localizados en el mesocolon transversal extendiéndose a la raíz del mesenterio. Se le realizó exéresis de ambos linfangiomas.

Resultados: El curso postoperatorio fue favorable, sin complicaciones de interés, siendo dado de alta a los cinco días, afebril, con buenas constantes, tolerando dieta y con adecuado tránsito intestinal. Anatomía patológica compatible con linfangioma quístico intestinal.

Conclusiones: Debido a que estos tumores suelen ser asintomáticos o de sintomatología inespecífica su diagnóstico, como fue nuestro caso suele ser casual. Más raramente y secundario a su crecimiento puede originar un cuadro de abdomen agudo por compresión sobre estructuras adyacentes o bien

por complicaciones como hemorragia intraquística, inflamación, infección, perforación, torsión y/o rotura. La cirugía es el tratamiento de elección debiendo realizarse su extirpación completa para evitar la recidiva. Aunque infrecuente y de presentación habitual en la infancia se debe considerar y también a los linfangiomas en el diagnóstico diferencial de las tumora- ciones quísticas abdominales en el adulto

Linfangioma quístico mesentérico gigante. Presentación de un caso.

Calzado Baeza, S. Reyes Moreno, M. Palomeque Jimenez, A.

Hospital General Básico Santa Ana, Motril. Granada

El linfangioma quístico mesentérico es un tumor benigno de origen congénito, poco frecuente y de predominio en la edad pediátrica. Suele ser asintomático y se diagnostica, como hallazgo casual, en las pruebas de imagen realizadas por otra causa. En ocasiones, puede dar manifestaciones clínicas y presentarse como masa abdominal palpable, oclusión intestinal o signos de irritación peritoneal.

Presentamos el caso de un varón de 24 años, asintomático, que tras realizarse una ecografía para un examen médico de salud en su empresa, se visualizó una colección líquida/formación quística de unos 20-25 cm de diámetro en el espacio pararenal derecho, que cruzaba la línea media y que se extendía hasta nivel pélvico. Tras completar el estudio con más pruebas de imagen (TAC y urografía), se confirmó la existencia de una cavidad quística gigante, sin septos internos, sugerente de linfangioma quístico o quiste mesentérico simple. El paciente fue intervenido por laparotomía media, realizándole exéresis total de dicha tumoración quística, íntimamente adherida a estructuras vecinas (hígado, duodeno, riñón, vena cava, retroperitoneo, colon). El postoperatorio cursó sin complicaciones. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de linfangioma quístico del mesenterio.

Se aprovecha la presentación de este caso para realizar una puesta al día sobre el tema.

Simulador virtual. Una herramienta útil para el Residente

Grasa Gonzalez,F; Sánchez Relinque,D; Gómez Sánchez,T; Santos Martinez,J; Gómez Modet,S; Rodriguez Ramos,M; García Romero,E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Introducción: Actualmente la Cirugía Laparoscópica es el gold-standard en muchas patologías.

La formación del Residente en los conceptos básicos teórico-prácticos en laparoscopia es fundamental y es responsabilidad del Servicio iniciarlo desde los primeros años.

Los simuladores laparoscópicos permiten al Cirujano adquirir la destreza y habilidades suficientes en el manejo laparoscópico.

Material y Método: Existen diferentes modalidades de simulación laparoscópica: Simuladores Orgánicos, Simuladores Virtuales y los llamados Simuladores Artesanales.

En nuestro Servicio contamos con un Simulador Virtual (Pelvic-Trainer) asociado a un Monitor a color de 15s.

Se estableció el Programa de Aprendizaje desde enero a

diciembre de 2010. (Dirigida especialmente a los MIR, si bien pueden participar los FEA):

Sesiones tutorizadas donde se trabajan las técnicas laparoscópicas básicas en un Pelvic-trainer. Mínimo de 2 Sesiones al mes de 2h de duración en horario de tarde.

Sesiones libres supervisadas por un Residente Mayor para desarrollo de las técnicas aprendidas. Mínimo de 2 Sesiones al mes de 2-3h de duración en horario de tarde.

Resultados: El Residente adquiere las nociones básicas en cuanto al aprendizaje del manejo del instrumental laparoscópico en una cavidad virtual desde los primeros meses de formación como Cirujanos.

Conclusiones: Resulta imprescindible un buen entrenamiento laparoscópico desde los primeros años de la formación del Residente.

La programación mensual de Sesiones didácticas con un Simulador Virtual potencia y agiliza el aprendizaje de las habilidades psicomotrices propias de la laparoscopia.

El gran problema es su elevado coste, minimizado en el caso de simuladores artesanales o con el uso compartido entre diferentes servicios docentes.

Registro postquirúrgico de constantes en cirugía mayor ambulatoria (cma) en el cambio de modelo de gestión.

Díaz Oller J 1, Moreno Montesinos JM 1, El Adel del Fresno M 1, Ortega Beviá J M^a 2, Garrido Castellano M 3, Martínez Lapeña J 3, Gámez García B 3, Benítez Cámara M 3, López Rodrigo A 3, Beltrán Rodríguez L 3, León Pérez PM 3, Arcos Navarro A 1, Medina Domínguez M^a T 1, Flores Arcas R 1, Jurado Herrero G 1, González Fenizi A 1, Díaz Urbaneja M^a N 4, Resola García AE 5 Baquero Muñoz C 6 .

Hospital San Agustín. Linares. Jaén

Introducción: Tras la reconstitución del Servicio de Cirugía General en Unidad de Gestión Clínica (UGC) en 2009, se realizó un protocolo de cuidados por parte de Enfermería, tendente a mejorar la atención al paciente, procurando su registro en la historia clínica. Como Objetivos de este estudio se han establecido:1.- Cuantificar el porcentaje de procedimientos de cirugía general que se intervienen como CMA antes y después de la UGC. 2.- Conocer el grado de cumplimentación de los registros de constantes en el postoperatorio inmediato de la CMA antes y después de la UGC.

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio comparativo entre los bienios 2007-2008 (control), y 2009 ? 2010 -antes y después de la UGC- transversal y retrospectivo durante el mes de Junio de los citados años en ambos bienios (Grupo I y Grupo II respectivamente), recogiendo los datos de las historias clínicas, explotando los referentes a temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial y diuresis, analizando el nivel de significación estadística., mediante la Odds Ratio, intervalo de confianza, Χ 2 y P.

Resultados: Fueron intervenidos 50 pacientes (media del 30,9 % %) en régimen de CMA en el Grupo I (G-I), y 217 (media del 70,9 %) como CMA en el Grupo II (G-II) (Odds Ratio: 5,487; 95 % IC: 31,33 % , 48, 93 %, con una P < 0,0001) (Significativo). La temperatura se registró en el 96% del G-I y

en el 96,7% del G-II (Odds Ratio: 1,25; 95 % IC: -5,14 %, 6,69 %; P= 0,784)(No significativo)(n.s.). La frecuencia cardiaca en el 24 % del G-I y en el 20,73 % del G-II (Odds Ratio: 0,82 ; 95 % IC: -9,75 %, 16,27 %; P: 0,611 (n.s.). La tensión arterial en el 92 % en el G-I, y en el 91,24 % en el G-II (Odds Ratio: 0,90; 95 % IC: -7,65 %, 9,16 %; P: 0,863 (n.s.). El control de la diuresis en el 86 % en el G-I, y 92,62 % en el G-II (Odds Ratio: 2,04; 95 % IC: -3,6 %, 16,85 %; P: 0,132 (n.s.).

Conclusiones: 1.- Las intervenciones en régimen de CMA se incrementaron llamativamente una vez reconstituida la UGC. 2.- Los registros postquirúrgicos de constantes antes y después de la UGC son muy similares, con pocas diferencias, sin significación estadística. 3.- La enfermería ha realizado sus funciones de forma adecuada en ambos periodos, si bien es mejorable.

La implementación del checklist de seguridad en quirófano: una realidad mejorable

Díaz Oller J 1, Moreno Montesinos JM 1, El Adel del Fresno 1, García Ortíz JM 2, Hidalgo Roldán M^a C 2, Arcos Navarro A 1, Vargas Ortíz JM 2, Arjonilla Ocaña C 2, Fernández Muñoz JS 2, Medina Domínguez M^a T1, Flores Arcas R 1, Jurado Herrero G 1, González Fenizi A 1, Martínez Gutiérrez M 3, Hervás García M^a L 4, Urbaneja Monje C 4, Resola García AE 5, Baquero Muñoz C 6.

Hospital San Agustín. Linares. Jaén

Introducción: Desde que la OMS en Septiembre de 2009, impulsara con su nueva edición, (previo estudio de pilotaje en los dos años anteriores), la aplicación efectiva del listado de verificación de seguridad quirúrgica (The WHO Surgical Safety Checklist), que puede salvar cientos de miles de vidas, la Consejería de Salud de nuestra Comunidad se sumó a la iniciativa promoviendo su desarrollo. Nos hemos propuesto como objetivo en esta Comunicación, comprobar el grado de implementación actual tras su implantación.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, transversal, de cohortes de casos y controles, en cuanto al grado de cumplimiento del Checklist entre los pacientes intervenidos -cirugía programada con ingreso (CPI), cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía urgente(CU)- en el mes de Noviembre de 2009 (un mes después de su implantación), considerados Grupo I (G-I) (control), y el mes de Noviembre de 2010, como Grupo II (G-II) (casos). Se ha estudiado el grado global de implementación y los parciales en cada uno de los tipos de cirugía mencionada, recogiendo los datos de las historias clínicas, analizando el nivel de significación estadística., mediante la Odds Ratio, intervalo de confianza, Χ 2 y P.

Resultados: En el mes de Noviembre de 2009 fueron intervenido 115 pacientes: 20 en CPI, 70 en CMA y 25 como CU. (G-I). En el mismo mes de 2010 se intervinieron 114 pacientes: 21 en CPI, 74 en CMA y 19 en CU. El Checklist se realizó como cirugía global (CG) en el 25,21 % (29/115) de todos los pacientes intervenidos en el G-I, y en el 72,8 % (83/114) del G-II (Odds Ratio 7,93; 95 % IC: 36.20 %, 58.98 %; Χ2 : 51.887; P: 0) (Significativo) . En CPI se realizó en el 40 % (8/20) del G-I, y en el 85,71 % (18/21) del G-II (Odds Ratio 9; 95 % IC: 19.54 %, 71.89 %); Χ2 : 9.227; P: 0.0024 < 0.005 (Significativo) . En CMA el 25,71 % (18/70) del G-I y el

81,08 % (60/74) del G-II (Odds Ratio 12,38; 95 % IC: 41.78 %, 68.95 %; Χ2 : 44.417; P: 0) (Significativo). En CU el 12 % (3/25) del GI y el 26,31 % (5/19) del G-II (Odds Ratio 2,61; 95 % IC: -9.23 %, 37.86 %; Χ2 : 1.487; P= 0.2226)(No significativo).

Conclusiones: 1.- Se ha comprobado un aumento significativo de la implementación del Checklist de seguridad de forma global en la cirugía realizada en el intervalo de un año desde su implantación, excepto en la cirugía urgente. 2.- La realización de este estudio nos permitirá investigar las causas del escaso cumplimiento en la cirugía urgente, y mejorar los índices en el resto de procedimientos.

Torsion Mioma Uterino pediculado como causa de abdomen agudo

Luis Romero, Javier ulecia, Antonio Alvarez, Francisco Rodriguez, Hector Recio, Carmen Tejido, Jose Luis Fernandez

Hospital SAS, La Linea de La Concepcion. Cadiz

Introducción: Discusión sobre la torsión de mioma uterino, un evento raro. Esta complicación se define como una rotación de más de 45° sobre el eje longitudinal uterino y habitualmente tiene lugar a lo largo de la transición entre cuerpo y cérvix. Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas, crónicas e incluso la torsión puede ser asintomática, constituyendo entonces un hallazgo intraoperatorio. La ecografía puede ser de ayuda en el diagnóstico y la TAC generalmente no es necesaria.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente de 88 años con cuadro clínico de dolor abdominal difuso, exploración física de abdomen agudo y analítica con leucocitosis y desviación a la izquierda. Que presenta en Rx simple de abdomen una tumoración calcificada en hipogastrio y en ecografía abdominal masa calcificada en pelvis menor.

Resultados: Fue intervenida quirúrgicamente realizándose laparotomía exploradora, constatándose mioma uterino torsionado y exéresis del mismo. Teniendo buena evolución posterior.

Conclusiones: Los síntomas asociados a la torsión de mioma uterino poseen severidad variable y el dolor es la manifestación mas frecuente. En la mayoría de las torsiones de mioma uterino no hay diagnóstico preoperatorio correcto. Las pruebas de imagen pueden ocasionalmente ofrecer signos indirectos que sugieren una torsión uterina. Tanto las pacientes sintomáticas como las asintomáticas requieren una laparotomía para efectuar una histerectomía o miomectomía

Carcinoma apocrino de mama axilar en el varón: diagnóstico diferencial de una patología infrecuente.

Sojo Rodríguez V, García Ruíz S, Ramallo Solís I, Jordán Chaves CA, Segura Sampedro JJ, Méndez García C, Tamayo López MJ, Martín Cartes JA, Bustos Jiménez M, Docobo Durántez F, Padillo Ruiz FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El cáncer de mama en el hombre es una patología extremadamente infrecuente, especialmente si la comparamos con la mujer. Representa aproximadamente el 1% de los

cánceres de mama que se diagnostican, y entre el 0,1% y 0,2% de todos los cánceres del varón. A pesar de su escasa frecuencia, se trata de tumores agresivos que precisan un diagnóstico precoz, que se retrasa si no se tiene en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores axilares en el varón. Presentamos un caso de un adenocarcinoma apocrino de origen mamario en un varón.

Caso clínico: Paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, sobrepeso, dislipemia, y enfermedad de Parkinson de larga evolución. Consulta en 2001 por nódulo axilar izquierdo, que tras biopsia se diagnosticó de adenocarcinoma apocrino, sin recidiva tras tratamiento quirúrgico del mismo.

Acude de nuevo a consulta por aumento del perímetro del miembro superior izquierdo junto con edema. A la exploración no se palparon adenopatías retrauriculares, submandibulares ni cervicales, presentando paquete adenopático en axila izquierda, sin objetivar masa en mama izquierda. Se realizó TC toracoabdominal donde se visualizaron adenopatías axilares izquierdas, la mayor de ellas de 3,5 cm de aspecto claramente patológico, trabeculación y edema de la grasa este nivel por probable obstrucción linfática y nódulo pulmonar subcentimétrico en LSI de aspecto inespecífico.

Se realizó una extirpación-biopsia de la lesión bajo anestesia local y sedación, con un post-operatorio favorable, siendo dado de alta en el primer día postoperatorio, posponiendo una solución quirúrgica definitiva en función del resultado histológico. La anatomía patológica fue informada como carcinoma apocrino de probable origen mamario axilar, con positividad para receptores androgénicos y negatividad para estrogénicos y progesterona, SISH Negativo, HER2 no amplificado. Con este resultado se decidió tratar al paciente con quimioterapia neoadyuvante al tratamiento quirúrgico.

Tras 3 ciclos de quimioterapia (Paclitaxel), tuvo que ser ingresado por un fracaso renal agudo debido a vejiga neurogna hiperreflexica, que se solventó con el sondaje urinario.

En el TAC de control se encontró una tumoración dependiente de la mama izquierda con engrosamiento de la piel, infiltración-trabeculación del tejido celular subcutáneo de toda la región mamaria, adenopatías metastásicas axilares izquierdas y signos compatibles con infiltración metastásica de la musculatura pectoral mayor y dorsal ancho izquierda así como dos metástasis pulmonares en LSI.

A los 4 meses de la biopsia extirpación el paciente comenzó con agitación e inestabilidad de la marcha, aumentando la dosis de su neuroléptico (quetiapina), y falleciendo a los pocos días por descompensación del Parkinson.

Comentario: El cáncer de mama es una patología con un amplio rango de agresividad en ambos sexos, dependiendo del tipo histológico y del tiempo de demora del diagnóstico. A pesar de que los síntomas guía para sospechar cáncer de mama en un hombre son los mismos que en la mujer: tumoración mamaria, dolor y sensibilidad en las mamas, nuestro caso debuta de forma más atípica, con edema de miembro superior debido probablemente a obstrucción linfática, probablemente debido a que se trataba un tumor en tejido mamario axilar. En cuanto al diagnóstico se optó por biopsia por escisión por la accesibilidad de la tumoración, pero otras alternativas hubieran sido biopsia por aspiración con aguja fina o biopsia central

(aguja ancha). La realización de biopsia por escisión permitió completar una actitud diagnóstico-terapéutica, ya que se consiguió la exéresis completa del tumor. El pronóstico de estos tumores depende en gran medida del tiempo de evolución del cuadro y de la aplicación precoz de tratamiento.

Necrosis cutánea secundaria a punción de anticoagulantes en paciente obesa mórbida

Ramallo Solís I, García Ruiz S, Segura Sampedro J, Pareja Ciuró F, López Bernal F, García Cabrera A, Prendes Sillero E, Padillo Ruiz J

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las infecciones graves de los tejidos blandos tienen una evolución potencialmente letal y suelen requerir de un tratamiento quirúrgico para atajar su progresión. Se caracterizan clínicamente por una destrucción tisular fulminante, signos sistémicos y una alta morbimortalidad.

Presentamos el caso de una Celulitis Necrotizante en una paciente de alto riesgo debido a sus antecedentes, especialmente a la diabetes y a la gran obesidad cuya fuente de entrada fueron las múltiples punciones asociadas al tratamiento con HBPM. Comienza con lesiones en pared abdominal que impresionan de hematoma sobreinfectado que se desbridan en quirófano, donde se aprecian placas necróticas y flictenas a nivel cutáneo, producción de un exudado grisáceo con olor fétido y un tejido celular subcutáneo con una decoloración grisácea. Se realiza extirpación amplia de todo el tejido afectado y se instauró tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro así como curas diarias hasta que se controló el foco de infección. Una vez que el tejido estuvo sano, se realizó el cierre simple de la herida.

Las infecciones graves de tejidos blandos requieren, para el control del foco infeccioso, un diagnóstico precoz así como un tratamiento apropiado que incluya una intervención quirúrgica temprana.

Absceso de pared abdominal secundario a perforación intestinal asintomática por espina de pescado

Ramallo Solís I, Jordán Chaves C, Sojo Rodríguez V, Ramírez Plaza C, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños, fundamentalmente los procedentes de la dieta, no es inusual. En la mayoría de los casos, el cuerpo extraño pasa a través del tracto gastrointestinal sin incidencias. Es en raras ocasiones cuando aparecen las complicaciones, sobre todo en las zonas más angostas y en las flexuras como píloro, ángulo de Treitz, válvula ileocecal y union recto-sigma., donde estos objetos quedan atascados, generando una reacción inflamatoria que puede provocar la perforación y abscesificación.

Existen factores favorecedores para la ingesta accidental de estos cuerpos, como el uso de dentadura postiza, enfermos mentales y alcohólicos crónicos.

En el diagnóstico son de gran ayuda las pruebas de imagen como la ecografía y el TAC, aunque en algunas ocasiones el diagnóstico definitivo se establece intraoperatoriamente.

Caso Clínico: Mujer de 68 años sin alergias medicamentosas e intervenida de colecistectomía y apendicectomía, acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de 3 semanas de evolución acompañado de anorexia y náuseas con fiebre de hasta 39° desde el día previo al ingreso. A la exploración se encuentra febril con un abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se palpa tumoración en pared abdominal anterior paraumbilical izquierda, dolorosa, de consistencia dura y no fluctuante.

Destaca en la analítica 15530 leucocitos, 84,5% neutrofilia e INR 1.54.

Se solicita ecografía que informa de una imagen de ecogenicidad heterogénea a nivel parasagital izquierdo y en relación con musculatura rectal anterior, de 6 x 4 cm. Sin encontrarse otros signos en resto del abdomen. Cataloga este hallazgo como compatible con hematoma de musculatura recta anterior izquierda.

En la TAC abdominal con contraste se aprecia una lesión de aspecto inflamatorio de 7 x 5 x 7.5 cm a nivel paraumbilical izquierdo, que afecta a la grasa subcutánea, recto anterior izquierdo, plano aponeurótico profundo y grasa intraabdominal subyacente. Se trata de una lesión multiloculada con intenso realce con el contraste y cambios flemonosos en su periferia con aspecto de colección inflamatoria que aunque no presenta burbujas de gas puede estar sobreinfectada. En su margen más profundo intraabdominal presenta una pequeña calcificación de 5 mm de diámetro. No otros hallazgos significativos en el resto del estudio.

Ante la ausencia de diagnóstico claro y la persistencia de mal estado de la paciente, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía exploradora por línea media. Se revisa cavidad abdominal sin encontrar líquido libre ni contaminación peritoneal. Únicamente se objetiva un pequeño hematoma en la raíz del meso de una asa de íleon. A continuación se explora pared abdominal, realizando incisión en la zona de la tumoración. Al abrir en profundidad aparece salida de gran cantidad de líquido purulento muy espeso, del que se toma muestra. Durante el lavado de la cavidad, objetivamos entre las asas intestinales y la pared un cuerpo extraño que se trata de una espina de pescado.

La paciente evolucionó favorablemente durante su ingreso, siendo alta a los 4 días de la intervención.

Diagnóstico definitivo: Absceso de pared abdominal en relación con perforación intestinal en cubierta por espina de pescado.

Migración de dispositivo intrauterino: una causa infrecuente de perforación intestinal

Ramallo Solís I, García Ruiz S, Jimenez Riera G, Jimenez Rodríguez R, López Bernal F, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El dispositivo intra uterino (DIU) esta ampliamente aceptado como método anticonceptivo, pero puede presentar complicaciones como la migración hacia cavidad intraabdominal.

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, con historia obstétrica de 2 embarazos y 2 partos a termino, en la que se

inserta DIU 3 meses después del último parto. La colocación del dispositivo transcurrió sin incidencias. Dos meses después se cita para revisión sin objetivarse DIU intrauterino. Es localizado con radiología simple a nivel intraabdominal.

De forma programada es intervenida por laparoscopia localizando DIU en asas de intestino Delgado. Se extrae y se sutura la solución de continuidad intestinal sin necesidad de convertir.

La paciente es dada de alta 5 días más tarde sin ninguna incidencia.

Apendicectomía urgente por diverticulitis apendicular

I. Cabrera Serna, J. Rivas Becerra, F. J. León Díaz, F. Lucena Navarro, I. Cañizo Rincón, R. Maiquez Abril, L. T. Ocaña Wilhelmi, A. Del Fresno Asensio

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El hallazgo anatomopatológico de diverticulitis apendicular se considera una rareza, siendo su incidencia de 0,004 a 2,1% en diferentes series.

Material y métodos: Paciente varón de 53 años que acude a urgencias por un cuadro de horas de evolución de dolor abdominal localizado en FID. Es valorado por nuestro Servicio, que decide completar estudio e indicar cirugía urgente.

Resultados: Tras estudio de laboratorio y radiológico, con TAC compatible con apendicitis aguda, es intervenido de urgencias, practicándose apendicectomía. Los hallazgos fueron de peritonitis purulenta localizada y apendicitis aguda flemonosa. El estudio anatomopatológico constató la existencia de diverticulosis apendicular, con diverticulitis aguda, perforada, y peritonitis aguda localizada. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta el paciente por mejoría clínica.

Conclusiones: La diverticulitis apendicular simula un cuadro de apendicitis aguda, pero el dolor abdominal suele ser más insidioso. Esto conlleva un diagnóstico más tardío, aunque no ha sido así en nuestro caso. La ultrasonografía y la TAC son inespecíficas para el diagnóstico. El tratamiento es la apendicectomía. La incidencia de complicaciones postoperatorias es mayor que en la apendicitis aguda, debido al diagnóstico más tardío. Estas no aparecieron en nuestro paciente ya que acudió sin demora al servicio de urgencias.

Ruptura espontanea de Bazo en Enfermedad de Hodgkin no diagnosticada: A Propósito De Un Caso

Christian Mauricio Alvarado, Alfonso Ruiz Zafra, Jose López Pérez, Francisco del Rio Lafuente, Laura Sanchez Moreno, Jose López Ruiz, Maria Luisa Reyes Diaz, Cristina Vecino Bueno, Cristina Torres Arcos, Fernando Oliva Mompeán.

Hospital Universitario Virgen de Macarena, Unidad de Cirugía Oncológica, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Sevilla, España.

Caso: Varón de 22 años sin antecedentes de importancia acude a urgencias a causa de presentar dolor abdominal intenso en mesogastrio e hipocondrio izquierdo de inicio súbito con náuseas y vómitos. Desde hace 6 días presentaba

dolor faríngeo, febrícula de 37,7 C°, náuseas, adenopatías cervicales dolorosas y cefalea intensa, que hacían sospechar mononucleosis infecciosa. A la exploración física el paciente se encuentra con mal estado general, presentando rigidez abdominal e hipotensión de 70/45 mmHg. Se decide realizar TAC con contraste IV donde se observa hemoperitoneo masivo, desplazándose medialmente el bazo con signos compatibles con sangrado activo en el contorno superior (Fig. 1 y 2). En la analítica al ingreso destaca hemoglobina 6,2 mg/dL, leucocitos $14,4 \cdot 10^3/uL$ y trombopenia de 75 mil plaquetas $10^3/uL$.

Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploradora encontrando gran hemoperitoneo a tensión con coágulos laxos en toda la cavidad abdominal, pérdida de la cápsula esplénica en 2/3 partes y pequeña rotura de polo superior. Se realiza esplenectomía, lavado de cavidad y drenaje.

El estudio anatomopatológico informa de pieza de esplenectomía de 190,4 gr y de $115 \times 95 \times 53$ mm. No se aísla ninguna formación nodular del hilio. Se aprecian múltiples nódulos que alteran la arquitectura esplénica, en los que se aprecian células grandes de Reed-Sternberg y Hodgkin. El estudio inmunohistoquímico revela expresión de CD30 en las células neoplásicas. El diagnóstico anatomopatológico es de infiltración multifocal por linfoma de Hodgkin, tipo celularidad mixta estadio III b.

Se le practicó serología para CMV y VEB que resultó negativa y la biopsia de M.O. sin evidencia de infiltración. El paciente es dado de alta a las 2 semanas del ingreso, es valorado por medicina preventiva para vacunación contra gérmenes encapsulados y continúa en seguimiento por oncología.

Discusión: La ruptura espontánea de bazo (REB), es una manifestación rara en el contexto de la enfermedad de Hodgkin. [1-3] En 1966 Knoblich describió 3 casos de REB en pacientes con enfermedad de Hodgkin, en los cuales la ruptura esplénica fue el evento causante de muerte.[3] La REB también conocida como ruptura atraumática se clasifica en atraumática idiopática(7%), cuando no se encuentra enfermedad demostrable de base, y atraumática patológica (97%), cuando se encuentra alguna enfermedad. [1-2]. La causa más común de ruptura atraumática patológica es la presencia de neoplasia, de las cuales la más común es la leucemia; se han descrito al menos 10 casos de REB en el contexto de la enfermedad de Hodgkin. [3-7] Los hallazgos anatomopatológicos prácticamente constantes son esplenomegalia moderada aguda y distensión con rotura capsular, lo que provoca hemorragia extraesplénica. Aunque no exista historia de traumatismo esplénico, nunca se puede descartar la presencia de microtraumas repetitivos como los que ocasiona la tos o el vómito. [1] Aunque el tratamiento de elección de urgencia es la esplenectomía total, es posible el tratamiento no quirúrgico hasta en el 15% de los casos. La elección del tratamiento lo determina el estado hemodinámico del paciente, la cantidad de sangre utilizada y la cantidad de hemoperitoneo. En bazos oncológicos, la esplenectomía debe realizarse lo antes posible, aunque la embolización transarterial puede ser utilizada temporalmente como medida estabilizadora. Una vez realizada la esplenectomía se recomienda la profilaxis contra gérmenes encapsulados.

Angiofibroma Celular Pararrectal: a propósito de un caso

Christian Mauricio Alvarado, Jose López Pérez, Francisco Del Rio Lafuente, Maria Luisa Reyes Diaz, Laura Sanchez Moreno, Juan Ramon Naranjo, Fernando Oliva Mompean.

Hospital Universitario Virgen de Macarena, Unidad de Cirugía Oncológica, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Sevilla, España

Caso Clínico: Paciente femenino de 54 años que acude a consulta de ginecología por presentar síndrome climatérico y dismenorrea. La exploración física incluyendo tacto vaginal, tacto rectal y adenopatías fue normal. Se realiza ecografía ginecológica donde se detecta imagen quística anexial derecha de 7 cm. Los marcadores tumorales CEA, AFP, CA 125 y CA 19.9 fueron normales.

Se realiza RMN de pelvis con y sin contraste donde se describe masa localizada posterior al útero, hacia el lado derecho de la pelvis y lateral al recto, de morfología ovalada, discretamente lobulada y bien definida de 8.4 cm x 7.1 cm x 5.0 cm, mostrando plano graso de separación con el útero no obstante con aparente continuidad con la pared derecha del recto; radiológicamente se consideró una tumoración rectal de la submucosa. Se realiza colonoscopia que es normal y la PAAF se informa como muestra insatisfactoria.

Se decide realizar laparotomía exploradora encontrando tumoración pararrectal derecha extramucosa que se nuclea tras miotomía longitudinal, la pieza quirúrgica se encuentra bien encapsulada, cubierta por una serosa y escasos fragmentos de tejido blanco-grisáceo y elástico con un punteado fino pardusco. La masa mide 7 x 6.4 x 6.5 cm de dimensiones máximas y pesa 155 gr. No se encontraron adenopatías. El diagnóstico anatomopatológico fue angiofibroma celular. La paciente tiene una buena evolución postquirúrgica y es dada de alta al 3er día de la intervención sin complicaciones. La paciente ha sido valorada a los 6 meses de la intervención con ecografía endoanal la cual es normal.

Discusión: El angiofibroma celular fue descrito inicialmente por Dei Tos y colaboradores en 1995 e inicialmente se consideraba una tumoración exclusiva de la órbita. Se trata de una de las tumoraciones de origen mesenquimatoso mas raras que existen, macroscópicamente se caracterizan por estar bien circunscritas y se han descrito algunos casos en la literatura médica, de los cuales la mayoría son tumoraciones del globo ocular y/o párpado.[2-6]

En algunos casos se han encontrado tumoraciones extraorbitarias como en nasofaringe, piel, mediastino posterior y retroperitoneo. [2-4]

La localización de un angiofibroma pararrectal es excepcional y puede encontrarse anterior, lateral o posterior al recto y dependiendo de su localización varía el diagnóstico diferencial. [2-4] Microscópicamente se trata de una tumoración con zona marginal bien circunscrita, elevada celularidad, células gigantes presentes, elementos epiteloides presentes, actividad mitótica muy baja o ninguna y reactividad positiva a Bcl-2 y CD-34. Es de gran utilidad el empleo de estudios de imagen ya que nos orienta hacia el origen de la masa así como benignidad o malignidad de la tumoración. [8,9]Es conveniente

completar el estudio con RMN ya que proporciona información más detallada sobre la composición y límites de la masa, lo cual nos ayuda a plantear el procedimiento quirúrgico y vía de abordaje más conveniente. [8-9]

Se trata de una tumoración de comportamiento benigno. El tratamiento es quirúrgico y las recidivas postquirúrgicas son excepcionales. [2]

Mixofibrosarcoma retroperitoneal con neumatosis, una causa poco frecuente de abdomen agudo: caso clínico

Christian Mauricio Alvarado, Eduardo Dominguez-Adame Lanuza, Francisco del Rio Lafuente, Auxiliadora Cano Matías, Rosario Pérez Huertas, Antonio Villa Díaz, Fernando Oliva Mompeán.

Hospital Universitario Virgen de Macarena, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato Digestivo, Sevilla, España

Caso Clínico: Varón de 32 años que acude a urgencias por presentar dolor abdominal intenso de inicio súbito con distensión abdominal, fiebre, vómitos y un episodio de rectorragia. Refiere malestar general de 1 mes de evolución además de pérdida de peso. A la exploración presenta cifras tensionales no cuantificables, taquicardia, sudoración y palidez generalizada. La radiografía de abdomen muestra imagen radiolúcida compatible con gas intraluminal intestinal que ocupa la mayor parte del contenido abdominal. (Fig. 1) Ante la inestabilidad del paciente y la clínica de abdomen agudo se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia, encontrando gran tumoración adherida a colon sigmoideas de aspecto irregular de 30cm x 20cm x 20cm, con áreas de coloración amarillenta intercaladas con áreas blanquecinas y oscuras, con patrón hemorrágico. En el interior de la pieza se aprecia una cavidad con recubrimiento interno necrótico y fétido sin encontrar contenido en su interior. (Fig. 2 a 5) Se realiza sigmoidectomía y colostomía de descarga.

El estudio anatomopatológico informa la presencia de células fusiformes y estrelladas con una matriz mixoide de fondo, con atipias moderadas e índice mitótico de 1:10. En la inmunohistoquímica presenta inmunorreactión negativa a CD-117(KIT), CD-34, AML y S-100 e inmunorreactión positiva a CDK4 y MDM2. El diagnóstico anatomopatológico fue infiltración de sigma por sarcoma del tipo liposarcoma desdiferenciado, del subtipo mixofibrosarcoma grado 2.

Discusión: Los sarcomas de tejidos blandos son tumoraciones raras y representan menos del 1% de los tumores sólidos en el adulto de los cuales se conocen más de 50 subtipos histológicos. El término mixofibrosarcoma (MFS) fue introducido por Eizenger en 1977 para denominar a la variante mixoide del histiocitoma fibroso maligno (HFM) el cual presenta un amplio espectro de pleomorfismo nuclear, celularidad y actividad proliferativa. La localización más frecuente del MFS son las extremidades, la cadera, seguido de cabeza, cuello, retroperitoneo y mediastino.

Los MFS se caracterizan por presentar numerosas aberraciones cromosómicas. Existen 2 sistemas de gradificación del MFS, uno los clasifica en grados I – IV acorde el grado de celularidad tumoral, atipia celular y prevalencia de figuras

mitóticas, mientras el otro sistema lo clasifica en grado bajo, medio y alto grado (Fig. 6 y 7).

El estudio de imagen de elección es la TAC o la RMN. El “gold standard” para el diagnóstico es la biopsia incisional, la PAAF no se recomienda ya que tiene muchos falsos negativos. Las metástasis son más frecuentes en los tumores de grado alto, mayores de 10 cm o situados en planos profundos, los sitios más frecuentes de metástasis son pulmones y huesos. Las recurrencias locales se presentan en el 50% a 60% y cuando éstas ocurren progresan a grados mayores con mayor potencial de metástasis. El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes libres de tumor, para el seguimiento se recomienda la RMN. Cuando no es posible obtener márgenes libres de tumor se recomienda radioterapia y quimioterapia sistémica especialmente en los MFS de alto grado.

Paciente ingresa a través del Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 14 meses de evolución localizado en epigastriohipocondrioerecho, el cual no mejora con inhibidores de la bomba de protones. Como sintomatología acompañante presenta, melenas, palidez cutáneo-mucosa, taquicardia (115lat/min), hipotensión (102/63mmHg) y síndrome anémico (hb:8.4gr/dl).

Tras la estabilización hemodinámica del paciente, se ingresa en planta hospitalaria, en el Servicio de Digestivo. Se realiza endoscopia digestiva alta, no evidenciándose nicho ulceroso u otra lesión que explicase el estado del paciente. Se realiza colonoscopia, donde tampoco se encuentran hallazgos explicativos. En último lugar, se realiza radiología baritada, informándonos de la presencia de un divertículo en 3º porción duodenal.

Debido a la persistencia de la sintomatología, se decide intervención quirúrgica: maniobra de Kocherex poniendo la arcada duodeno-pancreática, para realización de diverticulectomía simple con cierre transversal en dos planos.

Resultados: Postoperatorio que evoluciona favorablemente, .El 8º día postoperatorio se realiza TAC de control. Debido a la correcta evolución del proceso, se decide el alta hospitalaria, citando al paciente un mes después en consulta de cirugía para control de su evolución.

Resultados de Anatomía patológica: divertículo 5x4x4cm, con signos hemorrágicos, no signos isquémicos ni de ectopia ni angiodisplasia

Conclusión: El divertículo duodenal como causa de hemorragia alta del tubo digestivo se considera una complicación infrecuente, pero siempre debe tenerse en mente, en pacientes con hemorragia digestiva sin causa evidente a nivel gastroesofágico. Principalmente la sintomatología de estos divertículos se relaciona con las complicaciones pancreatobiliares, aparecen dooictericia obstructiva.

Debido a que en general, la sintomatología es poco frecuente, es importante destacar la dificultad diagnóstica (cuadros como úlcera sangrante, neumonía basal derecha o colecistitis pueden dar esta sintomatología). Es un reto diagnóstico y terapéutico esta entidad, ya que se suma la dificultad de hallazgo en endoscopia digestiva alta.

Los contrastes baritados esófago-gastro-duodenales son muy útiles en estos casos, al igual que el TAC abdominopélvico o la cápsula endoscópica, ésta última siempre que el estado del paciente lo permita.

En la bibliografía escrita hay casos donde se realiza control

del sangrado con la administración endoscopia de epinefrina o realización de embolizaciones arteriales. El tratamiento debe ser individualizado y la indicación quirúrgica se hará cuando se aprecie sintomatología, siendo en estos casos la mejor alternativa terapéutica. del sangrado con la administración endoscopia

de epinefrina o realización de embolizaciones arteriales. El tratamiento debe ser individualizado y la indicación quirúrgica se hará cuando se aprecie sintomatología, siendo en estos casos la mejor alternativa terapéutica.

COMUNICACIONES VÍDEOS

Sutura intracorpórea en la hemicolectomía derecha laparoscópica

Lobato Bancalero, Luis; Lucena Navarro, Fabiola; Torres Moreno, Carmelo; del Fresno Asensio, Antonio; Cabrera Isaac; Maíquez, Rocío; Marqués Melero, Eduardo

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

En la presentación de vídeo mostramos una hemicolectomía derecha laparoscópica con una sutura intracorpórea. Aprovechamos el vídeo para exponer el motivo por el cual optamos por la sutura intracorpórea en lugar de la asistida por laparotomía. Las razones fundamentales son porque nos permite una anastomosis libre de tensión. Nos permite la extracción de la pieza a través de una minilaparotomía de asistencia tipo Pfannestiel que es menos dolorosa, estética y eventrógena que cuando la hacemos subcostal. En mujeres multíparas la extracción de la pieza por vía vaginal es factible. Otro motivo es que para aquellos cirujanos que trabajamos en unidades de coloproctología es un buen entrenamiento de forma que no perdemos el hábito en la realización de suturas, sin que esto suponga un aumento de la morbimortalidad

Carcinoma gástrico precoz: Tratamiento laparoscópico.

Hermann Oehling, Juan Hernández Carmona, Arturo del Rey Moreno, Horacio Oliva Muñoz

Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Objetivos: El cáncer early gastric cancer o carcinoma gástrico precoz se define como un adenocarcinoma del estómago con invasión limitada a la mucosa y/o submucosa independientemente de la afectación linfática. Tiene un buen pronóstico con una supervivencia a los 5 años del 90 % tras cirugía resectiva.

La laparoscopia parece obtener buenos resultados en la cirugía de éste tipo de tumores, en cuanto a resultados oncológicos y en lo que respecta a complicaciones postoperatorias, sangrado, dolor, etc.

Material y métodos: Presentamos en éste video nuestra experiencia en el tratamiento laparoscópico del early gastric

cancer o carcinoma precoz. Se trata de un paciente de 82 años con AP de DM, HTA y prostatismo al que se le detectó por endoscopia una lesión polipoidea ulcerativa situada en cara posterior gástrica, cuya patología es de displasia de alto grado sin posibilidad de resección endoscópica (ca. in situ), dada su extensión mayor de un centímetro y fundamentalmente por presentar un componente ulcerativo. Previo marcado de la lesión con tinta china y tras la aceptación del paciente, se procede a la extirpación laparoscópica realizando una gastrectomía posterior amplia en cuña. Se desestimó realizar linfadenectomía en parte debido a la edad del paciente, y a la baja frecuencia de metastasis encontradas en tumores limitados a la mucosa (1 ? 3%)

Resultados: El procedimiento curso sin complicaciones. El paciente fue dado de alta a los siete días, y a unos trece meses tras la intervención el paciente se encuentra bien. El informe anatomopatológico describe una elipse de cara posterior gástrica centrada por una lesión sobrelevada y ulcerada con margenes de unos 2 cm, informando de displasia adenomatosa moderada/severa con foco de carcinoma intramucoso, margenes libres.

Conclusiones: Dados los beneficios de la cirugía laparoscópica, es claro que se haya introducido ésta técnica para el tratamiento del cancer gástrico en general. En 1993 Ohgami realizo una resección en cuña de un tumor gástrico, siendo mejores candidatos aquellos con carcinoma localizado en pared anterior o curvatura mayor, usando métodos de autosutura. Los mas indicados serian aquellos con enfermedad limitada a la mucosa como es el caso que se comenta.

Colecistectomía laparoscópica + papilotomía mediante tecnica de Rendezvous

Vidaña Marquez E., Jimenez Olmo J., Caparros Baraza R., Rodriguez Ruiz O., Ochoa Labarta L., Narbona Calvo B.

Hospital Poniente, El Ejido. Almería

La coledocolitiasis (CD) está asociada a colelitiasis en el 80% de los casos. Sin embargo resulta complicado el tratamiento laparoscópico de la coledocolitiasis (únicamente se